

Stempelbereich (Freigabestempel, Eingangsstempel)

**Zuweisende Stelle (bitte Stempel, alternativ Druckschrift)**

Name/Klinik: .....

Abteilung: .....

Ort: .....

Telefon: .....

**Kostenträger:**

Zuweisende Stelle  Patient\*in / Sonstiges (Kostenübernahmeerklärung)

**Zuweisende Ärzt\*in**

Name: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

**Angaben zur Patient\*in (bitte Etikett, alternativ Druckschrift)**

Nachname: .....

Vorname: .....

Biologisches Geschlecht:  W  M SVNR/Geburtsdatum: SVNR / tt mm jjjj

Studie: ..... Studiennr.: .....

EUPID: .....

**Zuweisungsgrund**

.....

.....

**Untersuchung**

**MRD bei AIEOP-BMF 2017**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bei Diagnose<br>Datum: .....                   | <input type="checkbox"/> MRD TP HR1 (nach HR1)<br>Datum: .....     |
| <input type="checkbox"/> Protokolltag 15<br>Datum: .....                | <input type="checkbox"/> MRD TP HR2 (nach HR2)<br>Datum: .....     |
| <input type="checkbox"/> MRD TP 1 (Protokolltag 33)<br>Datum: .....     | <input type="checkbox"/> MRD TP HR3 (nach HR3)<br>Datum: .....     |
| <input type="checkbox"/> MRD TP 1a/b (Tag 64/57)<br>Datum: .....        | <input type="checkbox"/> MRD TP HR BLINA1 D15<br>Datum: .....      |
| <input type="checkbox"/> MRD TP 2 (Tag 78/92)<br>Datum: .....           | <input type="checkbox"/> MRD TP HR BLINA1 D29<br>Datum: .....      |
| <input type="checkbox"/> MRD TP 3 (vor Protokoll II)<br>Datum: .....    | <input type="checkbox"/> MRD TP HR BLINA2 D29<br>Datum: .....      |
| <input type="checkbox"/> MRD TP MR BLINA d1<br>Datum: .....             | <input type="checkbox"/> MRD TP D/F (Dauno-FLA)<br>Datum: .....    |
| <input type="checkbox"/> MRD TP MR BLINA d29<br>Datum: .....            | <input type="checkbox"/> vor ..... Protokoll III<br>Datum: .....   |
| <input type="checkbox"/> MRD TP MR contr1 (vor DT)<br>Datum: .....      | <input type="checkbox"/> 1 Jahr nach Diagnose (HR)<br>Datum: ..... |
| <input type="checkbox"/> MRD TP MR contr2 (4. Woche DT)<br>Datum: ..... | <input type="checkbox"/> Therapieende (HR)<br>Datum: .....         |

**MRD bei Interfant**

- Bei Diagnose  
Datum: .....
- Protokolltag 15 (TP 1)  
Datum: .....
- Protokolltag 33 (TP 2)  
Datum: .....
- vor MAE (TP 3)  
Datum: .....
- vor MARMA (TP 4)  
Datum: .....
- vor OCTADA(D) (TP 5)  
Datum: .....
- vor Dauertherapie (TP 6)  
Datum: .....
- während Dauertherapie (TP 6b)  
Datum: .....
- Therapieende (TP 7)  
Datum: .....

**MRD bei SCT**

- vor SCT  
Datum: .....
- SCT Tag 28  
Datum: .....
- SCT Tag 60  
Datum: .....
- SCT Tag 100  
Datum: .....
- SCT Tag 180  
Datum: .....
- SCT Tag 270  
Datum: .....
- SCT Tag 360  
Datum: .....

**Zusätzliche MRD Bestimmung**

Material:  PB  KM

Protokollzeitpunkt: ..... Datum: .....

**Dringlichkeit**

- Standard** (innerhalb 1-2 Wochen)
- MRD Untersuchung** (mit nächstem Sample)
- ASAP** (innerhalb 5 Werktage)