

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**

**Material**

Abnahmedatum: tt mm jjjj  Knochenmark  Peripheres Blut  Sonstiges Material: .....

**Untersuchung**

**MRD bei ALL-BFM-Register**

- Bei Diagnose  MRD TP HR BLINA1 D29
- Protokolltag 15  MRD TP HR BLINA2 D29
- MRD TP 1 (Protokolltag 33)  MRD TP M/F (Myocet-FLA)
- MRD TP 1a/b (Tag 64/57)  vor ..... Protokoll III
- MRD TP 2 (Tag 78/92)  1 Jahr nach Diagnose (HR)
- MRD TP 3 (vor Protokoll II)  Therapieende (HR)
- MRD TP HR1 (nach HR1)
- MRD TP HR2 (nach HR2)
- MRD TP HR3 (nach HR3)
- MRD TP HR BLINA1 D15

**MRD bei Interfant-21**

- Bei Diagnose
- Protokolltag 15 (TP 1a)
- Protokolltag 33 (TP 1)
- BLINA1 D15 (TP 2a)
- BLINA1 D29 (TP 2)
- vor MAE (TP 3a)
- nach Kons./vor SZT (TP 3)
- nach BLINA2/MARMA (TP 4)
- nach OCTADA(D) (TP 5)
- während Dauertherapie (TP 6)
- Therapieende (TP 7)

**MRD bei SZT**

- vor SZT
- SZT Tag 28
- SZT Tag 60
- SZT Tag 100
- SZT Tag 180
- SZT Tag 270
- SZT Tag 360

**Zusätzliche MRD Bestimmung**

Material:  PB  KM

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

**Dringlichkeit**

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