



MATERIALBEGLEITSCHIN AML REFERENZLABOR

PROF. DR. MED. DIRK REINHARDT UNIVERSITÄTSKLINIKUM ESSEN PÄD. HÄMATOLOGIE/ONKOLOGIE, IG1, 10. ETAGE AML-BFM REFERENZLABOR, RAUM 10.013 VIRCHOW-STR. 171 45147 ESSEN E-MAIL: AML-BFM@uk-essen.de	LABOR Morphologie/ Annahme 0201/ 723 - 1055 Durchflusszytometrie - 1054 Molekulargenetik - 1056 Fax - 5591 STUDIENBÜRO Tel.: 0201/ 7494960 Fax: 0201/ 87775484
--	--

KLINIK/ EINSENDER (STEMPEL): Ärztin/ Arzt: _____ Tel. (Befundbesprechung): _____	PATIENT (ETIKETT INKL. KRANKENKASSE): Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Krankenkasse: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
---	--

DIAGNOSE/ FRAGESTELLUNG: _____ ____ ____ 20 ____	
<input type="checkbox"/> Verdacht auf	<input type="checkbox"/> Neudiagnose <input type="checkbox"/> Verlauf
<input type="checkbox"/> Diagnose gesichert	<input type="checkbox"/> 1. Rezidiv <input type="checkbox"/> 2. Rezidiv
SZT: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Morbus Down: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

LETZTE THERAPIEGABE _____ vom ____ ____ 20 ____ bis ____ ____ 20 ____	
<input type="checkbox"/> 1. Induktion <input type="checkbox"/> vor SZT <input type="checkbox"/> 2. Induktion <input type="checkbox"/> nach SZT (Tag ____) <input type="checkbox"/> 1. Konsolidierung <input type="checkbox"/> 2. Konsolidierung <input type="checkbox"/> 3. Konsolidierung <input type="checkbox"/> 1. Re-Induktion <input type="checkbox"/> Dauertherapie <input type="checkbox"/> 2. Re-Induktion	Anmerkungen zu Therapie und Zeitpunkt: _____ _____ _____

MATERIAL	Knochenmark	Peripheres Blut
Abnahmedatum	____ ____ 20 ____	____ ____ 20 ____
Ausstriche (≥ 6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigmateriale (≥ 10 ml EDTA & Heparin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> LIQUOR (≥ 2 Zytospins): Leukozyten: _____ /µl Erythrozyten: _____ /µl		

BLUTBILD
Hämoglobin _____ g/dl Leukozyten: _____ /µl Granulozyten: _____ /µl Thrombozyten _____ /µl

!!! Bitte per Expresszustellung bis 9:00 Uhr des Folgetages verschicken !!!
Samstags- und Feiertagszustellungen unbedingt telefonisch anmelden

Bitte Material für die Zytogenetik an das Institut für Humangenetik, MHH, Prof. Dr. B. Schlegelberger
 !! Kosten von zytogenetischen Verlaufsuntersuchungen werden nicht von der AML-BFM-Studie übernommen !!

Einwilligung in die Datenweitergabe:

Hiermit erteile ich die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Essen, Klinik für Kinderheilkunde III, AML-Referenzlabor und Herr Univ.-Prof. Dr. med. Dirk Reinhardt die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe etc.), auch soweit es sich dabei um 'besondere Arten personenbezogener Daten' i.S. v. § 3 Abs. 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle PVS rhein-ruhr GmbH, Geschäftsstelle Mülheim, Remscheider Straße. 16, 45481 Mülheim, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung zu stellen. Insoweit entbinde ich das Universitätsklinikum Essen, Klinik für Kinderheilkunde III, AML-Referenzlabor und Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Dirk Reinhardt ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter