



MATERIALBEGLEITSCHIN AML REFERENZLABOR

PROF. DR. MED. DIRK REINHARDT UNIVERSITÄTSKLINIKUM ESSEN (AÖR) HÄMATOLOGISCHES SPEZIALLABOR KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND STAMMZELLTRANSPLANTATION STRAHLENKLINIK EG, R.106-134 HUFELANDSTR. 55 45147 ESSEN E-MAIL: AML-BFM@uk-essen.de	LABOR Morphologie/ Annahme 0201/ 723 - 1055 Durchflusszytometrie - 83622 Molekulargenetik - 1056 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 Patienten-ID: _____
---	---

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 (Tag ____) <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"/> Follow-up <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"/>
Flüssigmaterial (≥ 15 ml EDTA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> LIQUOR (≥ 2 Zytospins):	Leukozyten: _____ /µl	Erythrozyten: _____ /µl

BLUTBILD
Hämoglobin _____ g/dl Leukozyten: _____ /µl Absolute Neutrophile: _____ /µl Thrombozyten _____ /µl

!!! Bitte per Expresszustellung bis 9:00 Uhr des Folgetages verschicken !!!

Samstags- und Feiertagszustellungen unbedingt telefonisch anmelden und folgende Adresse verwenden:

Prof. Dr. med. Dirk Reinhardt, Universitätsklinikum Essen (AÖR), AML-BFM-Referenzlabor, Institutsgebäude 1 (IG1), 10. Etage, R10.013, Virchowstraße 171, 45147 Essen

FO	Änderung	durch	Prüfung	durch	Freigabe	durch	
ID: 320477	14.12.2022	Schneider, Markus	15.12.2022	Mahlow, Ellen	15.12.2022	Schneider, Markus	Rev: 004/12.2022



PATIENT (ETIKETT INKL. KRANKENKASSE):	
Name:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____

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 Patientenkartei (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

FO	Änderung	durch	Prüfung	durch	Freigabe	durch	
ID: 320477	14.12.2022	Schneider, Markus	15.12.2022	Mahlow, Ellen	15.12.2022	Schneider, Markus	Rev: 004/12.2022