

## Begleitschein für Untersuchungsmaterial für Zytomorphologie, PCR-MRD und Zellbank

**ALL-BFM Referenzlabor**

Univ.-Klinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel  
Prof. Dr. G. Cario  
Haus U18  
Rosalind-Franklin-Str.9  
D-24105 Kiel

Einsendende Klinik: (Stempel)

Patientenetikett

Wichtig: Bitte bei **Ersteinsendung** die Versichertendaten  
des Patienten / der Patientin übermitteln (siehe 2. Seite)

Klinische Angaben, (Verdachts-) Diagnose: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Blutbild	bei KMP	bei Blutentnahme (falls von KMP-Zeitpunkt abweichend)	bei LP (falls von KMP-Zeitpunkt abweichend)
Datum	____ ____ ____	____ ____ ____	____ ____ ____
Leukozyten <input type="checkbox"/> /µl <input type="checkbox"/> Gpt/l			
Hb <input type="checkbox"/> g/dl <input type="checkbox"/> mmol/l			
Erythrozyten <input type="checkbox"/> /µl <input type="checkbox"/> Tpt/l			
Thrombozyten <input type="checkbox"/> /µl <input type="checkbox"/> Gpt/l			

Materialart	Entnahmedatum	Uhrzeit (optional)	Anzahl Ausstriche/Zytospins	Flüssigmaterial für MRD
<b>Knochenmark</b>	____ ____ ____	____ ____	____ (6x nativ, ungefärbt)	<input type="checkbox"/> Heparin (min. 5-10 ml)
<b>Peripheres Blut</b> (nur Initial + Tag 8)	____ ____ ____	____ ____	____ (6x nativ, ungefärbt)	<input type="checkbox"/> (Nur Initial!) Heparin (min. 5-10 ml)
<b>Liquor</b> (Initial und bei spezifischer Fragestellung)	____ ____ ____ Bitte legen Sie eine Kopie des Liquorstatus bei!	____ ____	____ (2x nativ, ungefärbt) Liquor makroskop. mit Blut kontamin. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Nur nach Rücksprache Nativ (min. 2-3 ml)

**Untersuchungszeitpunkte:**

Initial Tag 0 bis Tag 33 (TP1)	Intensivierung (HR)	AlloHSCT	Interfant-21 (nach Tag 33)
<input type="checkbox"/> Initial (Tag 0) (KM und PB!)	<input type="checkbox"/> TP HR1 (nach 1. HR-Block)	<input type="checkbox"/> vor SZT	<input type="checkbox"/> Blina1 d15 (TP2a)
<input type="checkbox"/> Blut Tag 8 (nur PB-Ausstriche)	<input type="checkbox"/> TP HR2 (nach 2. HR-Block)	<input type="checkbox"/> Tag + _____ nach SZT	<input type="checkbox"/> Blina1 d29 (TP2)
<input type="checkbox"/> Tag 15	<input type="checkbox"/> TP HR3 (nach 3. HR-Block)	<b>Weitere Zeitpunkte</b>	<input type="checkbox"/> MAE Tag 1 (TP3a)
<input type="checkbox"/> TP1 (Tag 33)	<input type="checkbox"/> TP Myo/F (nach Myocet-FLA)	<input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: _____	<input type="checkbox"/> nach MAE (TP3)
<b>TP2 (nach Cons B bzw. Prot. IB)</b>	<b>vor Re-Induktion</b>		<input type="checkbox"/> nach Prot. IB (TP3)
<input type="checkbox"/> TP2 (vor Prot. M)	<input type="checkbox"/> vor Prot. III (optional, nur B/SR!)	<b>EsPhALL (nach Tag 33)</b>	<input type="checkbox"/> Blina2 d29 (TP4)
<input type="checkbox"/> TP2 (vor 1. Blina)	<input type="checkbox"/> vor Prot. II (nach Prot. M)	<input type="checkbox"/> TP2 (End of Induction IB)	<input type="checkbox"/> nach MARMA (TP4)
<input type="checkbox"/> TP2 (vor 1. HR-Block)	<input type="checkbox"/> vor Prot. II (nach Blina2 (d29))	<input type="checkbox"/> End of HD-MTX Interim Maint	<input type="checkbox"/> nach OCTADA(D) (TP5)
<b>Blinatumomab – Zyklus 1</b>	<input type="checkbox"/> vor 2. Prot. III	<input type="checkbox"/> End of Cappizi -MTX Interim Maintenance	<input type="checkbox"/> vor SZT
<input type="checkbox"/> Blina1 d29 (= vor Prot. M)	<input type="checkbox"/> vor 3. Prot. III	<input type="checkbox"/> End of Cons. Block #3	<input type="checkbox"/> Tag + _____ nach SZT
<input type="checkbox"/> Blina1 d29 (= vor 1. HR)		<input type="checkbox"/> Tag + _____ nach SZT	<input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: _____
<input type="checkbox"/> Blina1 d29 (= vor 2. Zyklus Blina)		<input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: _____	

Datum:

Name der einsendenden Person und Telefonnummer (für Rückfragen):

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

!! Bitte das Material per Express mit Zustellung **bis 10 Uhr** des Folgetages verschicken !!

!! Bitte vermeiden Sie Samstagseinsendungen von verschiebbaren / nicht-stratifizierungsrelevanten Zeitpunkten !!

## Übermittlung der Versicherungsdaten für die Abrechnung von Referenzleistungen



Für die Abrechnung der Referenzleistungen werden bei der **Ersteinsendung** von Material die vollständigen Krankenversichertendaten bzw. die Daten des Kostenträgers benötigt.

Bitte beachten Sie, dass eine Befundübermittlung erst nach Erhalt der Versichertendaten erfolgen kann.

*Patientenetikett*  
**(mit Angabe der Versichertendaten oder alternativ**  
*Angaben bitte unten nachtragen)*

### **Personenbezogene Daten (falls kein Patientenaufkleber verfügbar ist):**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

### **Krankenversichertendaten:**

Gesetzlich versichert

Name der Krankenkasse:

Versichertennummer:

Privat versichert

Name/Anschrift des/der  
Rechnungsempfänger\*in  
(Sorgeberechtigte Person)

### **Kein Versichertenverhältnis in Deutschland**

Asylbewerber\*in:      nein     ja

Name/Anschrift des  
Kostenträgers / der  
Kostenträgerin