

Universitätsklinikum Düsseldorf  
Klinik für Hämatologie, Onkologie  
und Klinische Immunologie  
Gebäude 13.53.01 Raum 26  
z. Hd. Herrn Dr. Wulfert  
Moorenstr. 5  
40225 Düsseldorf



## MDS - Verbundprojekt Einsendeschein

**Bitte vollständig ausgefüllte Einwilligungserklärung beifügen**

**Patientendaten:**

**Pat.-ID (Barcode)**

**Material:**

Datum der Materialentnahme:.....

- **Knochenmark**  
--Möglichst 15 ml KM in Heparin  
--4 – 10 ungefärbte Ausstriche
- **Blut**  
--Möglichst 20 ml pB in Heparin

**Klinik:**

Datum der Erstdiagnose MDS: ..... WHO -Subtyp: .....

Hb:..... Leuk:..... Neutrophile:.....Blasten peripher.....Thr.....

Zytogenetik <sup>\*ISCN-Formel</sup> (Datum).....

Mol.-Genetik (Datum).....

Transfusionsbedürftigkeit zum Probenzeitpunkt ja.....nein.....

Bisherige/Aktuelle Therapie.....

**Arztbriefe/Befunde:** anbei.....gefaxt..... (FAX 0211-8104940)

**Einsender (Praxisstempel)**

**Unterschrift:**.....