

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



gefördert durch Deutsche Krebshilfe
HELLEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

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 *ISCN-Formel (Datum).....

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

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

Bisherige/Aktuelle Therapie.....

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

Einsender (Praxisstempel)

Unterschrift:.....