



INTREALL SR 2010
Materialbegleitschein für
MRD-Flow

FLOW-MRD Labor
AG Karawajew
Charité – Campus Buch
Lindenberger Weg 80
13125 Berlin

Einsendende Klinik (Stempel)

Patient

Study-ID: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ (MM/JJJJ)

Untersuchungsmaterial

Während der Therapie – MRD-Bestimmung

Datum der Entnahme: _____

Knochenmark (Heparin) Blut (Heparin) Liquor _____

Zeitpunkt während der Therapie:

Risikogruppe

Standardrisiko

Therapiearm

SR-A

SR-B

Therapiezeitpunkt

- | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Beginn Woche 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beginn Woche 5 | <input type="checkbox"/> | |
| • Beginn Woche 6 | | <input type="checkbox"/> |
| • Beginn Woche 9 | <input type="checkbox"/> | |
| • Beginn Woche 10 | | <input type="checkbox"/> |
| • Beginn Woche 13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beginn Woche 15 | | <input type="checkbox"/> |
| • Beginn Woche 16 | <input type="checkbox"/> | |

Datum: _____ Name des Einsenders: _____ Unterschrift: _____

Tel.- Nr. für Rückfragen: _____