UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Hämatologie
Labor Kiel

EINSENDESCHEIN

Tel: 0431-500-24970
Fax: 0431-500-24974
c.pott@med2.uni-kiel.de

UKSH, Campus Kiel
Hämatologie Labor Kiel
Langer Segen 8-10
24105 Kiel

Prof Dr. Pott
Hämatologie Labor Kiel / UKSH
Klinik für Innere Medizin II
Langer Segen 8-10
24105 Kiel

GAZAI Studie
Follikuläre Lymphome Stadium I/II

MIR-ID Nummer:

GAZ- _____ _____ - _____ _____

Krankenhaus/Klinik/Studienzentrum (Stempel)

Abnahmedatum: _____

Leukozytenzahl: _____ /nl

_____ _____
Name [BITTE DRUCKSCHRIFT] Unterschrift

Durchwahl: .....

Fax: .....

Material: [ ] **peripheres Blut** - **10 ml Blut** in **EDTA**
und
- **10 ml Blut** im **Streck**-Tube für **zellfreie DNA**

Zeitpunkt:
[ ] Diagnose; **vor** Behandlungsbeginn
[ ] Abschlussstaging Woche 18
[ ] Nachsorge _____ Monate nach Therapiebeginn (Monat 6, 12, 18, 24)

Probenversand ist mit normaler Post ausreichend, Probenannahme von Montag bis Samstag möglich, ggf. bitten wir um vorherige tel. Rücksprache. Nach jedem Studien-Einschluss erhalten Sie die o.g. **Streck-Tubes Cell-Free DNA BCT** von uns zugeschickt.

Vor dem Versand bitte eine Kopie dieses Einsendescheins an 0431 – 500 24974 faxen.