

## Anmeldung von Stammzellen/DLI zur Bearbeitung

<b>Empfänger :</b>  Name: ..... Vorname:..... geb. am: ..... aktuelles Gewicht: .....kg	<b>Spender:</b> [ ] fremd [ ] verwandt [ ] autolog Name: ..... Vorname:..... geb. am: ..... Stellung zum Empfänger: .....
<b>Anfordernde Station/Klinik:</b>	
Zellentnahme geplant am: ..... Entnahmeort:.....	
<b>Zu bearbeitendes Produkt (Zutreffendes bitte ankreuzen):</b> <input type="checkbox"/> Stimulierte Apherese <input type="checkbox"/> Unstimulierte Apherese <input type="checkbox"/> Knochenmarksentnahme	
<b>Gewünschte Art der Bearbeitung (Zutreffendes bitte ankreuzen):</b> <input type="checkbox"/> Kryokonservierung Stammzellen <input type="checkbox"/> Kryokonservierung DLI <input type="checkbox"/> CD-34 Selektion <input type="checkbox"/> TCR $\alpha\beta$ /CD19-Depletion <input type="checkbox"/> Erythrozyten-Depletion <input type="checkbox"/> CD45RA-Depletion <input type="checkbox"/> CD3/CD19-Depletion <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... <input type="checkbox"/>	
<b>Benötigte Zellzahl nach Bearbeitung (optional):</b>  CD3 <sup>+</sup> /CD34 <sup>+</sup> : ...../kg KG	

**Bitte diese Anforderung rechtzeitig und vollständig ausgefüllt per FAX an das Stammzelllabor (Fax. Nr.: 0931-201-27649) senden!  
Änderungen sind dem Stammzelllabor unverzüglich mitzuteilen!**

Datum:.....

Name/Unterschrift:.....