

An:

Bayerische Stammzellbank
Robert-Koch-Allee 23
82131 Gauting

Telefon 089 – 89 32 66 - 250

Fax: 089 – 89 32 66 - 29

Von:**Klinik****Telefon****Fax:****Ansprechpartner:****Spendernummer:****Request-ID (ZKRD)****Patienten-Nr.**

Auftragsart (Bitte ankreuzen, mehrere Kreuze sind möglich):

- Knochenmarkentnahme
- Plasmareduktion einer Knochenmarkspende
- Erythrozytendepletion einer Knochenmarkspende
- Stammzellapherese
- Lymphozytenapherese
- Portionierung einer Lymphozytenapherese mit Kryokonservierung

Wunschtermin für Check bei der BSB: _____
(bitte mehrere Termine angeben, mind. 1 Woche vor Konditionierung)**Wunschtermin für Entnahme** bei der BSB: _____**Wunschtermin für Verarbeitung** bei der BSB: _____
(bei in der BSB vorgenommenen Entnahmen finden (i.d.R.) die Verarbeitungen am Folgetag statt)_____, den _____
Ort Datum NAME / Unterschrift Auftraggeber (AG)

Auftrag geprüft und für sachlich richtig befunden.

BSB-Arzt (Datum/Unterschrift)**Auftragsbestätigung durch die Bayerische Stammzellbank:**_____, den _____
Ort Datum NAME / Unterschrift BSB**Folgende Unterlagen fehlen – bitte umgehend nachreichen:**_____
_____**Verbindliche Terminierung durch BSB bestätigt am _____ durch _____:**

Check am: _____

Entnahme am: _____

Verarbeitung am: _____

Spendernummer:
Patienten-Nr.

Allgemeine Informationen zum Auftrag:

- ⇒ Bitte alle gewünschten Leistungen ankreuzen.
- ⇒ Workup-Formular bitte ebenfalls ausfüllen und mitschicken.
- ⇒ Ohne einen vollständig ausgefüllten Antrag mit allen notwendigen Anlagen ist die Bearbeitung nicht möglich.
- ⇒ Der Eingang dieses Auftrags wird umgehend schriftlich durch die BSB bestätigt. Falls dies nicht geschieht, bitte unbedingt mit der BSB Kontakt aufnehmen.

Empfänger-Informationen (nur ausfüllen, wenn Information nicht in Workup-Formular vorhanden)

Name, Vorname des Empfängers:

Geburtsdatum des Empfängers: _____ Diagnose: _____

Gewicht: _____ kg Blutgruppe mit Rhesusmosaik: _____

HLA-ident: ja nein Geschlecht: männlich weiblich

Beginn der Konditionierung (Datum): _____ Dauer der Konditionierung: _____ Tage

Versicherung: GKV PKV Selbstzahler

Spender-Informationen (nur ausfüllen, wenn Information nicht in Workup-Formular vorhanden)

Name, Vorname des Spenders oder Spendernummer:

Geburtsdatum des Spenders: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Gewicht: _____ kg Blutgruppe mit Rhesusmosaik: _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Empfänger: verwandt (wie: _____) unverwandt

Bei minderjährigen Spendern: Die Voraussetzungen nach §8a TPG sind erfüllt ja nein

Beherrscht der Spender die deutsche Sprache ausreichend für die Aufklärung: ja nein

Straße und Hausnr.: _____

PLZ und Ort: _____

Email: _____

Tel.: _____

Spendernummer:

Patienten-Nr.

--	--

Weiterverarbeitung von Präparaten anderer Hersteller:

Folgende Unterlagen und Proben müssen der BSB bei Präparaten aus dem Inland vorliegen und wurden angefordert:

- Herstellungserlaubnis** oder Bestätigung, dass diese vorliegt,
- Produktfreigabe durch Qualified Person/Sachkundige Person**
(Prüf- und Freigabeprotokoll mit Angabe der gesetzlich vorgeschriebenen Infektionsmarker nicht älter als 30 Tage vor der Herstellung des Produkts).
- Collection Samples** vom Spender (3x 9 ml Serum und 1 x 9 ml EDTA).

Folgende Unterlagen und Proben müssen der BSB bei Präparaten aus dem Ausland vorliegen und wurden angefordert:

- Freigabe zur Weiterverarbeitung durch die importierende Klinik**
- Collection Samples** vom Spender (3x 9 ml Serum und 1 x 9 ml EDTA).

Prozessierung

- Erydepletion → Rückverdünnung mit Humanalbumin gewünscht
- Plasmareduktion → Rückverdünnung mit Humanalbumin gewünscht
- T-Zell-Portionierung

Gewünschte Dosierung	Anzahl Portionen	
1. _____ x 10 [^] ___ kg/KG		<input type="checkbox"/> sofortige Gabe <input type="checkbox"/> Kryokonservierung
2. _____ x 10 [^] ___ kg/KG		<input type="checkbox"/> sofortige Gabe <input type="checkbox"/> Kryokonservierung
3. _____ x 10 [^] ___ kg/KG		<input type="checkbox"/> sofortige Gabe <input type="checkbox"/> Kryokonservierung
4. _____ x 10 [^] ___ kg/KG		<input type="checkbox"/> sofortige Gabe <input type="checkbox"/> Kryokonservierung
5. _____ x 10 [^] ___ kg/KG		<input type="checkbox"/> sofortige Gabe <input type="checkbox"/> Kryokonservierung

- andere: _____

Angaben zum Transport:

WICHTIG: Knochenmark muss für Verarbeitung **bei 2-6°C transportiert** werden!!!

- Anlieferung in BSB durch AG/Hersteller am: _____
- Abholung durch BSB bei Hersteller am: _____
- Abholung durch AG bei BSB am: _____
- Anlieferung durch BSB bei AG am: _____

(Bitte immer Datum und Uhrzeit angeben. Falls Abholung durch BSB bei Hersteller gewünscht, bitte bei Adressen unten entsprechende Angaben machen).

Spendernummer:
Patienten-Nr.

Kontaktdaten:

Auftraggeber

Name 1
Name 2
Institut/Klinik
Abteilung
Straße
PLZ/Ort:
Tel:
Fax:
Email:

Abholadresse:

Name 1
Name 2
Institut/Klinik
Abteilung
Straße
PLZ/Ort:
Tel:
Fax:
Email:

Lieferadresse:

Name 1
Name 2
Institut/Klinik
Abteilung
Straße
PLZ/Ort:
Tel:
Fax:
Email:

Rechnungsadresse : (nur falls abweichend von Auftraggeber)

Name 1
Name 2
Institut/Klinik
Abteilung
Straße
PLZ/Ort:
Tel:
Fax:
Email: