

# AUFTRAG ZUR SUCHE NACH EINEM NICHT VERWANDTEN BLUTSTAMMZELLSPENDER

ZKRD  
Zentrales Knochenmarkspender-Register  
für die Bundesrepublik Deutschland gGmbH  
Postfach 42 44, D-89032 Ulm

Tel.: (07 31) 1507-20  
Fax: (07 31) 1507-50

## Angaben zum Patienten (*kursive* Angaben sind optional):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

*Blutgruppe:* \_\_\_\_\_ *CMV:* \_\_\_\_\_

HLA: \_\_\_\_\_  
          A                    B                    DR                    DQ                    DP

DNA: \_\_\_\_\_  
                          DRB1                    DQB1                    *weitere*

Diagnose: \_\_\_\_\_

Transplantationseinheit (falls nicht identisch mit anfragender Stelle):  
\_\_\_\_\_

**Angaben zur Suchstrategie:**     Nur Erstauskunft     Inlandssuche     Auslandssuche

Werden Splitdifferenzen akzeptiert?  nein     ja

Wenn ja: Gesamtzahl \_\_\_\_\_, davon \_\_\_\_\_ am A-Locus    \_\_\_\_\_ am B-Locus    \_\_\_\_\_ am DR-Locus

Die Garantie der **Kostenübernahme** durch die Krankenkasse

ist von uns bereits am \_\_\_\_\_ beantragt worden.

soll umgehend vom ZKRD beantragt werden.

Wir werden dem ZKRD jeweils vorab Art, Umfang und voraussichtliche Kosten von durch uns selbst veranlaßten Leistungen im Zusammenhang mit der Spendersuche anzeigen.

Wir werden das ZKRD über bei uns selbst anfallende Untersuchungsergebnisse und Entscheidungen im Rahmen der Spenderauswahl auf dem laufenden halten und die weitere Spendersuche beim ZKRD unverzüglich abbrechen, sobald ein geeigneter Spender identifiziert wurde oder wegen des schlechten klinischen Zustandes oder des Todes des Patienten eine weitere Spendersuche nicht mehr angezeigt ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und rechtsgültige Unterschrift der anfordernden Stelle