

# Zellbank

## Internationales Register für schwere chronische Neutropenien

**Patient Id#**  **Patienteninitialien**

**Geburtsdatum**  /  /   
(TT) (MM) (JJ) **Patient im SCNIR registriert?**  
 Ja  Nein

**Diagnose**  Schwere chronische Neutropenie  Idiopatische Neutropenie  
 Zyklische Neutropenie  Andere

**Letzte G-CSF Gabe am**   kein G-CSF

**Material**  1 - 5 ml heparinisiertes Knochenmarkaspirat  ml  
 10 - 20 ml heparinisiertes peripheres Blut  ml

**Entnahmedatum**

**Entnahmegrund**  Routineuntersuchung  
 für Diagnosestellung, bitte spezifizieren :

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Stempel

**Prof. Dr. J. Skokowa / Prof. Dr. K. Welte**  
**Med Klinik II**  
**Universitätsklinikum Tübingen**  
**Bettenbau West (501), Eb. 02, Raum 532**  
**Otfried-Müller-Str. 10**  
**D-72076 Tübingen**  
**Germany**

Telefon: +49 7071 2986014 od.  
+49 162 2052224

FAX: +49 7071 2925161

*Proben sollten Anfang der Woche (Montag oder Dienstag) entnommen und via  
Übernacht Express zugeschickt werden!*

**Vor dem Verschicken des Materials informieren Sie bitte das Labor:**  
Telefon: +49 7071 2986014 oder +49 162 2052224; Fax: +49 7071 2925161

**E-Mail: [Labor-SCNIR@med.uni-tuebingen.de](mailto:Labor-SCNIR@med.uni-tuebingen.de)**