



Tumorbank-Einsendebogen: Neuroblastom

Patientendaten	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m

Patientenetikett:

Erkrankung	
(Verdachts-)Diagnose	
<input type="checkbox"/> Erstdiagnose	<input type="checkbox"/> Progression/Rezidiv, wievielftes:
<input type="checkbox"/> vor Chemotherapie	<input type="checkbox"/> während Chemotherapie <input type="checkbox"/> nach Chemotherapie
Studie/Register	
Bemerkungen	

Übersandtes Material		Infektiöses Material (z.B. HIV, Hepatitis, Tbc, MRSA) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Entnahmedatum		
<input type="checkbox"/>	Tumorgewebe (schockgefroren)	<input type="checkbox"/> Primärtumor <input type="checkbox"/> Metastase Lokalisation: Anzahl der eingefrorenen Röhrrchen:
<input type="checkbox"/>	Tumortupfpräparate	
<input type="checkbox"/>	Normalgewebe	Lokalisation:
<input type="checkbox"/>	Blut (Citrat oder EDTA) für DNA-Extraktion	
<input type="checkbox"/>	Serum	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	

Einsendende Klinik		
(Stempel)	Datum	
	Unterschrift	
	Ansprechpartner für Rückfragen	
	Telefon-Nr.	

Tumorgewebebank: Neuroblastome, Keimzelltumoren, maligne endokrine Tumoren, seltene Tumoren (z.B. STEP-Register)

Prof. Dr. M. Fischer
Experimentelle Pädiatrische Onkologie
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Gebäude 66 (TRIO)
Robert-Koch-Straße 21
50931 Köln
Tel.: 0221-478 6843

Wird vom Labor ausgefüllt			
Eingangsdatum		Tumorbank- Nummer	
Materialart/Menge/Lagerort			