

**An das
HLA-Labor der Stefan-Morsch-Stiftung
Dambacher Weg 3
55765 Birkenfeld
Fax: 06782-9933-65**

Auftrag zur Familientypisierung

Wir beauftragen das **HLA-Labor der Stefan-Morsch-Stiftung** hiermit, für den nachfolgenden Patienten und seine Angehörigen eine HLA-Typisierung im Rahmen der Suche nach einem verwandten Spender durchzuführen. Als Material werden **10 ml EDTA-Blut und 4 Mundschleimhautabstriche (optional)** des Patienten sowie seiner Angehörigen geschickt.

1. Angaben zum Patienten

Name: _____ Vorname: _____
Geburtstag: _____ Geschlecht: _____
Diagnose: _____ Stadium: _____

2. Angaben zu den Verwandten

Name, Vorname	Verwandtschaftsgrad	Geburtsdatum

3. Weitere Strategie:

Falls kein kompatibler Spender in der Familie gefunden wird, ist eine Fremdspendersuche (FSS) geplant? ja nein

Info für Einsender:

Beim Patienten wird eine HLA-Testung der Genorte HLA-A,B,C,DRB1 und DQB1 molekularbiologisch mit hoher Auflösung durchgeführt werden. Bei den Angehörigen wird eine HLA-Testung der Genorte HLA-A,B,DRB1 molekularbiologisch mit niedriger Auflösung durchgeführt werden. Findet sich ein kompatibler Familienspender eine HLA-Testung der Genorte HLA-A,B,C,DRB1 und DQB1 molekularbiologisch mit hoher Auflösung durchgeführt werden. Bitte schicken Sie das Typisierungsergebnis innerhalb von 5 Arbeitstagen an unsere Anschrift und in Kopie an das Spendersuchzentrum der Stefan-Morsch-Stiftung. Rechnung für diesen Auftrag bitte an unsere Klinik.

Mit freundlichen Grüßen

Ort / Datum / Stempel / Leiter der Transplantationseinheit / Unterschrift