

NPC-2016 Register

Anforderungsformular zur Virologischen Diagnostik

Versand an:

Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Virologie
Dr. C. Schmitt / Dr. W. Puppe
Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover

Einsender

Name: _____

Klinikstempel/Adresse:

Patient: _____ geb.: _____

Untersuchungszeitpunkt: bei Diagnose und vor Therapie
 nach Chemotherapie und vor Strahlentherapie
 6 Wochen nach Strahlentherapieende
 Therapieende
 sonstiger Zeitpunkt: _____

Datum Blutabnahme: _____

Material: EDTA-Blut (mindestens 1 ml) / *Anforderung:* EBV-PCR
 Serum (möglichst 2 ml) / *Anforderung:* EBV-VCA-IgA-IFT

Versand - im Rahmen der initialen Blutentnahme an Studienzentrale nach Aachen; Montags-Donnerstag
- im Verlauf: direkt nach Hannover

Datum _____ Name / Unterschrift _____