

## 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 \_\_\_\_\_