

	Formular 1: Auftrag zur HLA-Typisierung (Verwandschaftsverhältnisse der eingeschickten Proben)	AKB-SZ-1-01-01 V:7
		Anlage 1

Bitte den Proben für das Labor Ulm beilegen, nicht an Suchzentrum schicken!

1. Angaben zum Patienten

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____ Diagnose: _____

2. Angabe zu den Familienangehörigen:

Name, Vorname: _____ Geb.: _____ Verw.grad: _____

Name, Vorname: _____ Geb.: _____ Verw.grad: _____

Name, Vorname: _____ Geb.: _____ Verw.grad: _____

Name, Vorname: _____ Geb.: _____ Verw.grad: _____

Name, Vorname: _____ Geb.: _____ Verw.grad: _____

Name, Vorname: _____ Geb.: _____ Verw.grad: _____

Name, Vorname: _____ Geb.: _____ Verw.grad: _____

Name, Vorname: _____ Geb.: _____ Verw.grad: _____

Name, Vorname: _____ Geb.: _____ Verw.grad: _____

Name, Vorname: _____ Geb.: _____ Verw.grad: _____

Ort, Datum, Name des Arztes (in Druckbuchstaben), Unterschrift & Stempel