

**Auftragnehmer (AN)**

 Bayerische Stammzellbank  
 Robert-Koch-Allee 23  
 82131 Gauting

 Telefon: 089 – 89 32 66 – 250  
 Fax: 089 – 89 32 66 – 29  
 Email: info@akb.de

**Auftraggeber (AG)**

 Ansprechpartner:  
 Klinik/Institut:  
 Abteilung/Stat.:  
 Straße:  
 PLZ/Ort:  
 Telefon:  
 Fax:  
 Email:

**Patient:**

Nachname:

Vorname:

**Bei unverwandten Spendern (AKB oder andere)**

Recipient-ID (ZKRD):

Spendernr./GRID:

**Bei Familienspendern**

Sp.-Nachname:

Sp.-Vorname:

 DEAKB-Label:  
 (von AKB vergeben)

**Auftragsart** (Bitte ankreuzen, mehrere Kreuze sind möglich)

**Entnahme**

- Knochenmarkentnahme
- Stammzellapherese
- Lymphozytenapherese

 Wunsch- und Alternativtermin  
 für Entnahme bei der BSB: \_\_\_\_\_

 Min. Anzahl von Tagen  
 zwischen Freigabe und Spende: \_\_\_\_\_

Anzahl Konditionierungstage: \_\_\_\_\_

**Überführung in die anwendungsfähige Form**

- Plasma-/Volumen-Reduktion einer KM-Spende
- Vollreduktion (Ery & Plasma) einer KM-Spende
- PBSC-Kryokonservierung  komplett  
 Rest
- Portionierung einer Lymphozytenapherese  
 mit Kryokonservierung

 Wunschtermin für Verarbeitung  
 nach Entnahme durch Dritte: \_\_\_\_\_

 Bei Lymphozytenapherese in der BSB erfolgt die Portionierung und Kryokonservierung **am Folgetag**  
 Anlieferung zur BSB spätestens am Verarbeitungstag bis 8:00 Uhr (Lymphozyten) bzw. 11:00 Uhr (Knochenmark)

**Wichtig:** Unbedingt Mitlieferung der **day-of-collection samples** beachten!

 \_\_\_\_\_ , den \_\_\_\_\_  
 Ort Datum

 \_\_\_\_\_  
 NAME / Unterschrift Auftraggeber (AG)

Auftrag geprüft und für sachlich richtig befunden

 Termine bestätigt per  Mail  Fax

 \_\_\_\_\_  
 BSB-Arzt (Datum/Unterschrift)

 \_\_\_\_\_  
 BSB-Mitarbeiter (Datum/Unterschrift)

**Bei unverwandten Spendern (AKB oder andere)**

Spendernummer:

Recipient-ID (ZKRD):

**Bei Familienspendern**

Spendername:

Patientenname:

**Empfänger-Informationen**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

männlich weiblich 

Gewicht:

kg

Blutgruppe:

Diagnose:

**Spender-Informationen**

Spendernummer (unverwandte Spender):

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

männlich weiblich 

Gewicht:

kg

Blutgruppe:

Verwandtschaftsverhältnis zum Empfänger:

 verwandt: unverwandt HLA-ident Haplo-ident

Bei verwandten Spendern bitte das Ergebnis der **HLA-Typisierung** von Spender und Patient sowie der **Retypisierung** des Spenders beilegen (für die **Spenderfreigabe** zwingend erforderlich).

**Kontaktinformationen bei Familienspendern**

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

Email:

Telefonnummer:

Beherrscht der Spender die deutsche Sprache ausreichend für eine Aufklärung: ja  nein 

Wenn nein, wie lautet die Muttersprache:

Dolmetscher dürfen mit dem Spender nicht verwandt oder bekannt und müssen für die Aufgabe ausreichend qualifiziert sein.

**Minderjährige Familienspender**

Die Voraussetzung nach §8a TPG sind erfüllt:

ja nein Siehe **Anlage 3b Punkt 1**

**Bei unverwandten Spendern (AKB oder andere)**
**Bei Familienspendern**

 Spendernummer: 

 Spendername: 

 Recipient-ID (ZKRD): 

 Patientenname: 
**Spender-Voruntersuchung (sofern Entnahme durch BSB erfolgen soll)**

- Spender-Voruntersuchung soll durch BSB erfolgen (falls aktuelles Röntgen, Oberbauchsonographie oder EKG vorhanden, bitte mitgeben)
- Voruntersuchung minderjähriger Spender in Kinderklinik. Aufklärungsgespräch und Spenderfreigabe bei BSB; Details siehe **Anlage 3b Punkt 1**
- Spender-Voruntersuchung (Spendetauglichkeitsbescheinigung und Spenderfreigabe) erfolgt durch andere dt. Datei oder Auftraggeber: Details siehe **Anlage 3b Punkt 2**

**Pre-collection samples**
 nicht benötigt

EDTA: \_\_\_\_\_ ml      ACD: \_\_\_\_\_ ml

Heparin: \_\_\_\_\_ ml      No anticoagulant: \_\_\_\_\_ ml

 Lieferadresse der pre-collection samples abweichend von AG-Adresse: \_\_\_\_\_

**Entnahme durch BSB**
**Gewünschte Zellzahl**

	Knochenmark ( $\times 10^8$ NC)	PBSC ( $\times 10^6$ CD34 <sup>+</sup> )	Lymphozyten ( $\times 10^6$ CD3 <sup>+</sup> )	Zusätzlicher Plasma-Btl. (ml)
Pro kg KG:	_____	_____	_____	_____
Gesamt:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> CD3-Bestimmung notwendig		<input type="checkbox"/> alles über _____ $\times 10^6$ CD34/kg KG als Restkryo		

**Day-of-collection samples**
 nicht benötigt

EDTA: \_\_\_\_\_ ml      ACD: \_\_\_\_\_ ml

Heparin: \_\_\_\_\_ ml      No anticoagulant: \_\_\_\_\_ ml

**Entnahme durch Dritte**
**Entnahmezentrum:** \_\_\_\_\_

- Ausland → **Freigabe des Importprodukts durch importierende Klinik notwendig!**  
 Bei Nicht-EWR-Ländern: Die Klinik hat für das Land eine Einfuhrerlaubnis:  ja       nein

**Wichtig:** Day-of-collection samples mitliefern: **2x** 7,5 ml Serum und **4x** 7,5 ml EDTA.  
 Details siehe **Anlage 3b Punkt 3**

**Präparat ist ein Prüfpräparat im Rahmen einer Studie**
 ja

 nein

Studentitel: \_\_\_\_\_

Prüfplancode: \_\_\_\_\_

EudraCT Nr.: \_\_\_\_\_

**Bei unverwandten Spendern (AKB oder andere)**
**Bei Familienspendern**

 Spendernummer: 

 Spendername: 

 Recipient-ID (ZKRD): 

 Patientenname: 
**Auftrag zur Lymphozyten-Portionierung**

	Gewünschte Dosierung		Anz. Port.	
1.	_____ x 10 <sup>^</sup>	_____ CD3 <sup>+</sup> /kg KG	_____	<input type="checkbox"/> sofortige Gabe <input type="checkbox"/> Kryokonservierung
2.	_____ x 10 <sup>^</sup>	_____ CD3 <sup>+</sup> /kg KG	_____	Kryokonservierung
3.	_____ x 10 <sup>^</sup>	_____ CD3 <sup>+</sup> /kg KG	_____	Kryokonservierung
4.	_____ x 10 <sup>^</sup>	_____ CD3 <sup>+</sup> /kg KG	_____	Kryokonservierung
5.	_____ x 10 <sup>^</sup>	_____ CD3 <sup>+</sup> /kg KG	_____	Kryokonservierung
6.	_____ x 10 <sup>^</sup>	_____ CD3 <sup>+</sup> /kg KG	_____	Kryokonservierung
7.	_____ x 10 <sup>^</sup>	_____ CD3 <sup>+</sup> /kg KG	_____	Kryokonservierung
8.	_____ x 10 <sup>^</sup>	_____ CD3 <sup>+</sup> /kg KG	_____	Kryokonservierung
9.	_____ x 10 <sup>^</sup>	_____ CD3 <sup>+</sup> /kg KG	_____	Kryokonservierung
10.	_____ x 10 <sup>^</sup>	_____ CD3 <sup>+</sup> /kg KG	_____	Kryokonservierung

**Angaben zum Transport**
**Wichtig:** Knochenmark muss für Verarbeitung **bei 2-6°C transportiert** werden!

Transport zur BSB zwecks Verarbeitung

Anlieferung durch AG/Hersteller am: \_\_\_\_\_ (Datum / Uhrzeit)

Transport zum AG am: \_\_\_\_\_ (Datum / Uhrzeit)

 Innerhalb Münchens durch BSB

 Außerhalb Münchens muss vom Auftraggeber organisiert

 Lieferadresse abweichend von AG-Adresse:

Institut / Klinik: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_