

**An:**

Bayerische Stammzellbank  
Robert-Koch-Allee 23  
82131 Gauting

Telefon 089 – 89 32 66 - 250

Fax: 089 – 89 32 66 - 29

**Von:****Klinik****Telefon****Fax:****Ansprechpartner:****Spendernummer:****Request-ID (ZKRD)****Patienten-Nr.**


**Auftragsart** (Bitte ankreuzen, mehrere Kreuze sind möglich): **Knochenmarkentnahme** **Plasmareduktion einer Knochenmarkspende** **Erythrozytendepletion einer Knochenmarkspende**

(Nur möglich wenn Antikoagulation bei Entnahme mit ACD-A mind. 1:10 und Heparin 10 IE/ml !!!)

 **Stammzellapherese** **Lymphozytenapherese** **Portionierung einer Lymphozytenapherese mit Kryokonservierung****Wunschtermin für Check** bei der BSB: \_\_\_\_\_

(bitte mehrere Termine angeben, mind. 1 Woche vor Konditionierung)

**Wunschtermin für Entnahme** bei der BSB: \_\_\_\_\_**Wunschtermin für Verarbeitung** bei der BSB: \_\_\_\_\_

(bei in der BSB vorgenommenen Entnahmen finden ( i.d.R. ) die Verarbeitungen am Folgetag statt)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum\_\_\_\_\_  
NAME / Unterschrift Auftraggeber (AG)

Auftrag geprüft und für sachlich richtig befunden.

\_\_\_\_\_  
BSB-Arzt (Datum/Unterschrift)**Auftragsbestätigung durch die Bayerische Stammzellbank:**\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum NAME / Unterschrift BSB**Folgende Unterlagen fehlen – bitte umgehend nachreichen:** Spenderfreigabe Herstellungserlaubnis/GMP-Zertifikat des Entnahmezentrums (nur Inland) \_\_\_\_\_**Verbindliche Terminierung durch BSB bestätigt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_:**

Check am: \_\_\_\_\_

Entnahme am: \_\_\_\_\_

Verarbeitung am: \_\_\_\_\_

**Spendernummer:**  
**Patienten-Nr.**


### Allgemeine Informationen zum Auftrag:

- ⇒ Bitte alle gewünschten Leistungen ankreuzen.
- ⇒ Workup-Formular bitte ebenfalls ausfüllen und mitschicken.
- ⇒ Ohne einen vollständig ausgefüllten Antrag mit allen notwendigen Anlagen ist die Bearbeitung nicht möglich.
- ⇒ Der Eingang dieses Auftrags wird umgehend schriftlich durch die BSB bestätigt. Falls dies nicht geschieht, bitte unbedingt mit der BSB Kontakt aufnehmen.

### **Empfänger-Informationen** (nur ausfüllen, wenn Information nicht in Workup-Formular vorhanden)

Name, Vorname des Empfängers:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Empfängers: \_\_\_\_\_ Diagnose: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Blutgruppe mit Rhesusmosaik: \_\_\_\_\_

HLA-ident: ja  nein  Geschlecht: männlich  weiblich

Beginn der Konditionierung (Datum): \_\_\_\_\_ Dauer der Konditionierung: \_\_\_\_\_ Tage

Versicherung:  GKV  PKV  Selbstzahler

### **Spender-Informationen** (nur ausfüllen, wenn Information nicht in Workup-Formular vorhanden)

Name, Vorname des Spenders oder Spendernummer:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Spenders: \_\_\_\_\_ Geschlecht: männlich  weiblich

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Blutgruppe mit Rhesusmosaik: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis zum Empfänger:  verwandt (wie: \_\_\_\_\_)  unverwandt

Bei minderjährigen Spendern: Die Voraussetzungen nach §8a TPG sind erfüllt ja  nein

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

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

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

Tel.: \_\_\_\_\_



Spendernummer:

Patienten-Nr.

--	--

## Weiterverarbeitung von Präparaten anderer Hersteller:

Folgende Unterlagen und Proben müssen der BSB geliefert werden:

Präparat aus Deutschland:

- Herstellungserlaubnis §13 AMG/GMP-Zertifikat** bzw. **Erlaubnis §20b AMG**
- Produktfreigabe** durch Sachkundige Person §14 AMG bzw. verantwortliche Person §20b AMG (Prüf- und Freigabeprotokoll mit Angabe der gesetzlich vorgeschriebenen Infektionsmarker nicht älter als 30 Tage vor der Herstellung des Produkts).
- Collection Samples** vom Spender (**2x** 9 ml Serum und **3x** 9 ml EDTA).

Präparat aus dem Ausland:

- gesetzlich vorgeschriebenen IDM-Ergebnisse aus Pre-collection Samples** (nicht älter als 30 Tage vor der Herstellung des Produkts)
- Collection Samples** vom Spender (**2x** 9 ml Serum und **3x** 9 ml EDTA).

## Auftrag zur Überführung in die anwendungsfähige Form

- Erydepletion →  Rückverdünnung mit 5% Humanalbumin gewünscht
- Plasmareduktion →  Rückverdünnung mit 5% Humanalbumin gewünscht
- T-Zell-Portionierung

Gewünschte Dosierung	Anzahl Portionen	
1. _____ x 10 <sup>^</sup> ___ kg/KG		<input type="checkbox"/> sofortige Gabe <input type="checkbox"/> Kryokonservierung
2. _____ x 10 <sup>^</sup> ___ kg/KG		Kryokonservierung
3. _____ x 10 <sup>^</sup> ___ kg/KG		Kryokonservierung
4. _____ x 10 <sup>^</sup> ___ kg/KG		Kryokonservierung
5. _____ x 10 <sup>^</sup> ___ kg/KG		Kryokonservierung

- andere: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Transport:

**WICHTIG:** Knochenmark muss für Verarbeitung **bei 2-6°C transportiert** werden!!!

- Anlieferung in BSB durch AG/Hersteller am: \_\_\_\_\_
- Abholung durch BSB bei Hersteller am: \_\_\_\_\_
- Abholung durch AG bei BSB am: \_\_\_\_\_
- Anlieferung durch BSB bei AG am: \_\_\_\_\_

(Bitte immer Datum und Uhrzeit angeben. Falls Abholung durch BSB bei Hersteller gewünscht, bitte bei Adressen unten entsprechende Angaben machen).

**Spendernummer:**  
**Patienten-Nr.**


## Kontaktdaten:

### Auftraggeber

Name 1  
Name 2  
Institut/Klinik  
Abteilung  
Straße  
PLZ/Ort:  
Tel:  
Fax:  
Email:

### Abholadresse:

Name 1  
Name 2  
Institut/Klinik  
Abteilung  
Straße  
PLZ/Ort:  
Tel:  
Fax:  
Email:

### Lieferadresse:

Name 1  
Name 2  
Institut/Klinik  
Abteilung  
Straße  
PLZ/Ort:  
Tel:  
Fax:  
Email:

### Rechnungsadresse : (nur falls abweichend von Auftraggeber)

Name 1  
Name 2  
Institut/Klinik  
Abteilung  
Straße  
PLZ/Ort:  
Tel:  
Fax:  
Email: