

Auftrag zur HLA-Typisierung
(Verwandschaftsverhältnisse der eingeschickten Proben)
(Formular 1, Anlage 1 der SOP AKB-SZ-1-01-01 V:5)

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