

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
geb.:

Wohnanschrift:

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
Ort:

\_\_\_\_\_  
PLZ

**Blutabnahme 10 ml ACD-Blut zur  
HLA-Typisierung im Rahmen der Knochenmarkspendersuche für**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten/in

\_\_\_\_\_  
geb.:

\_\_\_\_\_  
Behandelnder Arzt

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Klinik

Ich erkläre mein Einverständnis, daß der Befund meiner HLA-Typisierung an die behandelnde Klinik für oben genannten Patienten/in geschickt wird.

**Die Kosten der Untersuchung werden getragen von (bitte unbedingt ausfüllen!):**

Bitte Rechnung an:

Überweisungsschein liegt bei

JA

NEIN

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum