



Meldung per Fax an die: Studienzentrale Hämatologie

NEU ab 1.7.2021

Medizinische Klinik III, LMU-Klinikum
Marchioninistrasse 15, 81377 München
Tel.: 089 4400-74900
Fax: 089 4400-77900

Patientenidentifikation

R - A -
Register AML-CG

Klinik-Nr.

Pat.-Nr.

ID

Wird von der Studienzentrale vergeben!

Klinik/Adresse (Stempel):

.....
.....
.....

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

Patientenstammdaten

(Bitte lesbar in Druckschrift ausfüllen!)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum: . .
Tag Monat Jahr

Geschlecht: männlich weiblich

Adresse Hausarzt:

Adresse Patient (optional):

.....
.....
.....

S-HAM Validierungskohorte

Die unterschriebene Einverständniserklärung des Patienten liegt vor?

ja

nein

Datum

Name des Arztes in Druckbuchstaben

Unterschrift des Arztes