

**FAX Registrierung
 Fanconi Anämie Register FAR01
 Bitte an die Registerzentrale in Hannover faxen
 Fax-Nr.: 0511 532-161026**

Behandelnde Klinik	
Initialen des Patienten (Vor- / Nachname)	
Geburtsquartal und –jahr (q / jjjj)	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Datum der Einwilligungserklärung	

**Weitere identifizierungsrelevante Merkmale
 zur Vermeidung von Doppelregistrierungen in Marvin**

Weitere Erkrankung bekannt?	<input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> SAA <input type="checkbox"/> AML <input type="checkbox"/> ALL <input type="checkbox"/> Andere
Patient ist bereits in einer weiteren GPOH-Studie bzw. einem Register registriert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Register bzw. Studie
Patient ist bereits in Marvin registriert	<input type="checkbox"/> ja, GPOH Marvin ID <input type="checkbox"/> ja, Marvin ID nicht bekannt <input type="checkbox"/> nein
Patient ist bereits transplantiert worden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Klinik
Transplantation wurde bereits dokumentiert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Register bzw. Studie
Studienteilnahme außerhalb von Marvin	

Name: Datum und Unterschrift:

Stempel:

Wird von der Registerzentrale ausgefüllt und an die Klinik zurückgemeldet!

Ihr Patient wurde im Fanconi Anämie Register FAR01 unter folgender Marvin ID registriert:

Die Studien ID in FAR01 lautet: Die Studien ID in LFS-CPS-R01 lautet:

Hannover, den.....

 Unterschrift Registerzentrale