

**FAX Registrierung  
 Fanconi Anämie Register FAR01 / Begleitprojekte  
 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		
<b>Datum der Einwilligungserklärung (falls zutreffend)</b>	<b>FAR01:</b>	ADDRess:	Liquid Biopsy:

**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