



Anmeldung von Patienten zur autologen Blutstammzellapherese

inkl. Weiterverarbeitung, Kryokonservierung und Lagerung von Blutstammzellpräparaten

Überweisende Klinik :

*Patienten-Adressette
falls nicht vorhanden,
dann re. Felder ausfüllen*

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Patienten-Nr. _____

Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg Blutgruppe _____

Diagnose _____

Chemotherapie-Schema

_____ von _____ bis _____

Wachstumsfaktor

G-CSF GM-CSF ab _____

Bitte unbedingt angeben!

Anzahl der Transplantate _____ zusätzlich: Backup nein ja Anzahl _____

Pathologische infektionsserologische Befunde bekannt? nein ja

Wenn ja, welche _____

Datum

Unterschrift (Arzt / Ärztin)

Stempel Krankenhaus / Abteilung