

Zentralbereich Stammzelle
Tel.: 02102-189-255
Fax: 02102-189-131

inkl. Weiterverarbeitung, Kryokonservierung und Lagerung von Blutstammzellpräparaten

Überweisende Klinik :

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