

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

Beauftragende Klinik:



Name _____
Vorname _____
Geb. Datum _____
Patienten-Nr. _____

Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg Blutgruppe _____

Diagnose _____

Chemotherapie-Schema

_____ von _____ bis _____

Wachstumsfaktor

☐ G-CSF ☐ GM-CSF ab _____

Geplanter Termin der Apherese am : _____

Bitte unbedingt angeben!

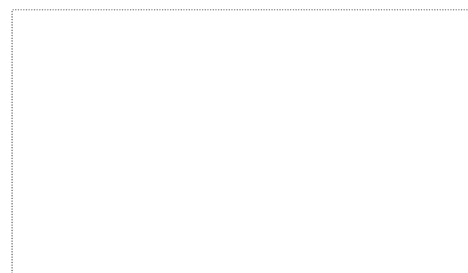
Anzahl der Transplantate _____ zusätzlich: Backup ☐ nein ☐ ja Anzahl _____

Pathologische infektionsserologische Befunde bekannt? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche _____

Gewünschte Untersuchungen der kryokonservierten Transplantate:

☐ Vitalität ☐ Sterilität ☐ CFU



Datum Unterschrift (Arzt / Ärztin)

Stempel Krankenhaus / Abteilung