

Zentralbereich Stammzelle
Linnepier Weg 1, 40885 Ratingen
Tel. 02102 189-255
Fax 02102 189-131
E-Mail: zbst@bsdwest.de

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

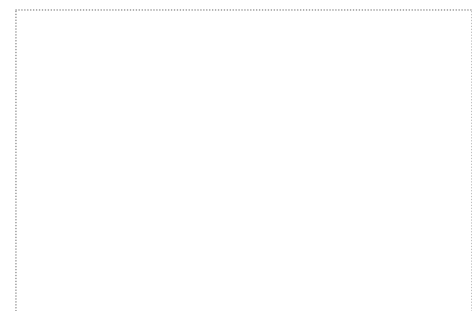
G-CSF GM-CSF ab _____

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