

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

Beauftragende 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 _____

Geplanter Termin der Apherese am : _____

Bitte unbedingt angeben!

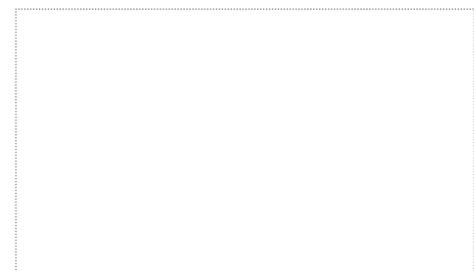
Anzahl der Transplantate _____ zusätzlich: Backup nein ja Anzahl _____

Pathologische infektionsserologische Befunde bekannt? nein ja

Wenn ja, welche _____

Gewünschte Untersuchungen der kryokonservierten Transplantate:

Vitalität Sterilität CFU



Datum _____

Unterschrift (Arzt / Ärztin) _____

Stempel Krankenhaus / Abteilung