

FB	<h2 style="margin: 0;">Anmeldung zur therapeutischen Apherese Leukozytendepletion/Thrombozytendepletion/ Erythrozytenaustausch</h2>
----	---

Tel.: +43/316/385-12860 oder 86065 Fax: 385-14052

Patient: Geb.Dat.: _____	Klinische Diagnose: _____ KG: _____ kg Körpergröße: _____ cm
------------------------------------	--

<input type="checkbox"/> Leukozytendepletion <input type="checkbox"/> Erythrozytenaustausch	<input type="checkbox"/> Thrombozytendepletion
--	---

<input type="checkbox"/> periphere Venen geeignet	<input type="checkbox"/> Dialyse-ZVK notwendig	
Klinisch-anamnestische Daten zur Spender/Patientenfreigabe am Zellseparator:		
kardial	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig:.....
pulmonal	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig:.....
neurologisch	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig:.....
Laborparameter	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/>
auffällig:.....		
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Medikamente während der Apherese	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:

Derzeitige Therapie

<input type="checkbox"/> Leukozyten/Thrombozyten-Depletion ab: _____ Geplanter Zielwert (WBC/Plt): _____
<input type="checkbox"/> Erythrozytenaustausch am: _____ Behandlungsintervall: _____ Bei geplantem Erythrozytenaustausch bitte am Vortag der Behandlung Kreuzblut schicken!

Datum:	Zuständiger Arzt: (Druckbuchstaben + Tel od. Piepser)
---------------	--

