FB	**Anmeldung zur extrakorporalen Photochemotherapie**

Patient: Geb.-Dat.: KG:____kg

Abteilung:

Indikation zur Photopherese:

Diagnose:

TX am:

Abstoßungsreaktion/GvHD seit:

histolog. Grad:

Immunsupression:

Periph. Venen: O für Pherese geeignet O Dialyse-ZVK notwendig

Patient pheresetauglich: O ja O nein

Besonderheiten:

Phototherapie ab: voraussichtlich bis:

Initiales Intervall:

Datum Zuständiger Arzt
(Tel., Unterschrift)

Dieser Anmeldung ist ein aktueller Arztbrief mitzusenden.