

FB	Anmeldung zur extrakorporalen Photochemotherapie
----	---

Patient:	Geb.-Dat.:	KG: ___ kg
Abteilung:		
Indikation zur Photopherese:		
Diagnose:		

TX am:
Abstoßungsreaktion/GvHD seit:
histolog. Grad:
Immunsuppression:

Periph. Venen:	<input type="radio"/> für Pherese geeignet	<input type="radio"/> Dialyse-ZVK notwendig
Patient pheresetauglich:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Besonderheiten:		

Phototherapie ab:	voraussichtlich bis:
Initiales Intervall:	

Datum	Zuständiger Arzt (Tel., Unterschrift)
-------	--

Dieser Anmeldung ist ein aktueller Arztbrief mitzusenden.