

Standort: Gießen und Marburg

Bereich: Entnahme

## Anmeldung zur Durchführung einer Extrakorporalen Photochemotherapie (Photopherese)

### Patient:

Name:

Vorname:

Geb.Dat.:

Datum der Anmeldung:

Diagnose:

Datum der Erstdiagnose:

Körpergewicht/kg:

Bisherige Therapien:

Wurde der Patient schon einmal mit Psoralen/Meladinine behandelt?  Ja  Nein

Bekannte Allergien/Überempfindlichkeiten:

Aktuelle Medikation:

Aktuelle Leukozytenzahl:

Aktuelle Thrombozytenzahl:

Periphere Venenverhältnisse:

Zentralvenöser Zugang (Kathetertyp):

**Anfordernde Klinik:**

**Behandelnder Arzt/Ärztin:**

**Tel.-Nr.:**

**Funk-Nr.:**