Standort: Gießen 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.:**