

Erstellt am 30.06.2023 D. Marczyk

Geprüft am  
Freigegeben am 05.07.2023 Dr. Elsherif

## Formblatt FB-BS-198/F

### Formblatt zur Anforderung einer extrakorporalen Photopherese

**Dieses FB gilt ab:** 05.07.2023

**Dieses FB ersetzt  
die Version:** FB-BS-198 / E

**Zielsetzung:** Anforderung einer extrakorporalen Photopherese

**Verteiler:**

1. Original: QMB
2. Intranet
3. per Mail an Med IV, Kinderklinik

**Mitgeltende  
Dokumente**

Hämotherapie-Richtlinien  
S1 Leitlinie - extrakorporale Photopherese AWMF  
IN-TR-205/A  
IN-TR-204/A

**Änderungshinweise:**

- 30.06.2023 Entfernung der Telefonnummer des Oberarztes
- 29.08.2022: Wechsel der Institutsleitung zum 01.10.2022, Prof. Dr. Klump
- 22.02.2021: Verteiler geändert, per Mail an Med IV und Kinderklinik
- 10.12.2021: Neueinstellung OA Dr. U. Krause / Leitung Arzneimittelherstellung / Stammzellbereich
- 07.07.2020: Ausscheiden Dr. Strathmann zum 01.07.2020  
Neuerstellung



Institutsdirektor:  
Univ.-Prof. Dr. rer. nat. H. Klump

Dienstarzt Transfusionsmedizin:  
Dect: 36173

**Anforderung der Durchführung einer extrakorporalen Photopherese**

**Patient:** Name, Vorname, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ männl.  weibl.

Adresse, Versicherung: \_\_\_\_\_

Diagnose:

Indikation zur ECP:

**Anzahl** der angeforderten Behandlungen \_\_\_\_\_

- 2 Behandlungen / Woche
- 1 Behandlung / Woche
- \_\_\_\_\_ Behandlungen / Woche

**Voraussichtliche Anzahl der ECP-Zyklen:** \_\_\_\_\_

**Prozedere:**

Voruntersuchung des Patienten am: \_\_\_\_\_

Geplanter Beginn der ECP-Behandlung am: \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner der anfordernden Klinik:**

- Arzt, Telefon, Funk: \_\_\_\_\_

- Datum, Unterschrift des anfordernden Arztes/Klinik: \_\_\_\_\_

\*(>18 Jahre)