

FB-BS-198/E Transfusionsmedizin UK- Aachen	Formblatt Anforderung einer extrakorporalen Photopherese	Seite 1 von 3
Erstellt am 29.08.2022 Dr. Hutschenreuter	Geprüft am 15.09.2022: Dr. Larionov Freigegeben am 01.10.2022 Prof. Dr. Klump	

Formblatt FB-BS-198/E	
Formblatt zur Anforderung einer extrakorporalen Photopherese	
Dieses FB gilt ab:	01.10.2022
Dieses FB ersetzt die Version:	FB-BS-198 / D
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

FB-BS-198/E Transfusionsmedizin UK- Aachen	Formblatt Anforderung einer extrakorporalen Photopherese	Seite 2 von 3
Erstellt am 29.08.2022 Dr. Hutschenreuter	Geprüft am 15.09.2022: Dr. Larionov Freigegeben am 01.10.2022 Prof. Dr. Klump	

Änderungshinweise:

- 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

FB-BS-198/E Transfusionsmedizin UK- Aachen	Formblatt Anforderung einer extrakorporalen Photopherese	Seite 3 von 3
Erstellt am 29.08.2022 Dr. Hutschenreuter	Geprüft am 15.09.2022: Dr. Larionov Freigegeben am 01.10.2022 Prof. Dr. Klump	



Klinikdirektor:
 Univ.-Prof. Dr. rer. nat. H. Klump
 OA Dr. U. Krause Dect: 36242
 Dienstarzt Transfusionsmedizin:
 Dect: 36173

Anforderung der Durchführung einer extrakorporalen Photopheresen

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 der Patientin am: _____

Geplanter Beginn der ECP-Behandlung am: _____

Ansprechpartner der anfordernden Klinik:

- Arzt, Telefon, Funk: _____
- Datum, Unterschrift des anfordernden Arztes/Klinik: _____

*(>18 Jahre)