



Anmeldung für ECP
(Extracorporale Photopherese)



Diagnose: _____

Gewicht: _____

Zugang: Hickman
 ZVK
Anzahl Lumen: _____
 Peripherer Zugang wird benötigt

 Blockung mit _____ ml _____

Die Anmeldung und Terminabsprache erfolgt telefonisch
in der **Kinderdialyse 07071/ 29- 81382**.

Anschließend bitte dieses Formular per **Fax an 07071/29- 5242** schicken.

Eine Terminvergabe kann erst nach Eingang der vollständigen Unterlagen erfolgen.

Checkliste:

- Einwilligungserklärung unterschrieben und per Fax an 07071/ 29- 5242
- Aktueller Arztbrief per Fax an 07071/ 29- 5242
- BB erfüllt Kriterien (HK > 28%, Leukozyten >1500 oder < 25.000, Thrombozyten >20000)
Kriterien müssen vor jeder Therapie erfüllt sein, sonst Rücksprache mit Kinderdialyse
- Infektionen vorhanden? Nein Ja: MRSA VRE
 Sonstige: _____
- Venenverhältnisse/ Zugang o. B.
- UVA Schutzbrille besorgt/ rezeptiert
Rezept muss beim Optiker eingelöst werden,
z.B. Strebel u. Hiltwein in Tübingen
- Fettthaltige parenterale Ernährung und/ oder fette Sondenkost 4 Std. vor Behandlung
pausieren
- Zusage Kostenübernahme erhalten
- Ist eine Antikoagulation mit Heparin kontraindiziert? Ja Nein
- Arztpiepser/ Rufnummer für evtl. Notfälle _____

Die Anmeldung und Terminabsprache erfolgt telefonisch

in der Kinderdialyse 07071/ 29- 81382, anschließend bitte dieses Formular per Fax an 07071/29-
5242 schicken. Eine Terminvergabe kann erst nach Eingang der vollständigen Unterlagen
erfolgen.

Datum: _____

Anmeldende/r Arzt/ Ärztin: _____

Unterschrift: _____

Stempel anmeldende Stelle: