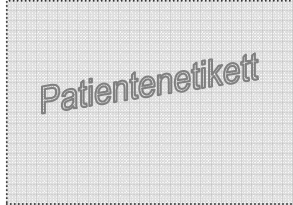




Anmeldung für ECP  
(Extracorporale Photopherese)



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: