



001008099



Datum der Entnahme:			Eingang:											
Personalien (SAP-Patientenetikett mit Barcode)			Schnellschnitt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein											
			Befund immer faxen an 17-3446. Weiteres Fax:											
			Rückrufnummer (bitte immer angeben):											
			Material:											
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">Stationär</td> <td style="width:33%; text-align: center;">Ambulant</td> <td style="width:33%; text-align: center;">Hybrid-DRG</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">KVB I-III <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Q <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Ú • cOE <input type="checkbox"/> Ó <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Stationär	Ambulant	Hybrid-DRG	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	KVB I-III <input type="checkbox"/>	Q <input type="checkbox"/>	Ú • cOE <input type="checkbox"/> Ó <input type="checkbox"/>	Diagnose:		
Stationär	Ambulant	Hybrid-DRG												
Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>												
KVB I-III <input type="checkbox"/>	Q <input type="checkbox"/>	Ú • cOE <input type="checkbox"/> Ó <input type="checkbox"/>												
ABSENDER:														
Station _____ Telefon _____ _____ <small>Arzt Unterschrift</small>														

Grunderkrankung/Verlauf/Remissionsstatus: _____

Datum & Art der Transplantation: ____/____/____
 PBSCT, KMT. Cord Blood, Haplo Tx. HLA-ident, HLA mismatch

Lokalisation der Biopsie(n): _____

Gastrointestinale Symptomatik:

<input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> Diarrhöe: _____ x/d bzw. _____ ml/d
<input type="checkbox"/> GI-Blutung	<input type="checkbox"/> abdominelle Schmerzen
<input type="checkbox"/> Paralytischer Ileus	<input type="checkbox"/> Malabsorption
<input type="checkbox"/> Andere: _____	

Symptomatik in **Zusammenhang mit therapeutischen Maßnahmen:**

Virologische/mikrobiologische Befunde: Aktueller CMV-Status: _____ Sonst. _____

Laufende Therapie:	Bisherige Therapie:
<input type="checkbox"/> Donerlymphozyten	<input type="checkbox"/> letzte Gabe: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Kortikosteroide (<input type="checkbox"/> lokal, <input type="checkbox"/> systemisch)	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Mykophenolat Mofetil (MMF)	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Protonenpumpeninhibitoren (PPI)	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Calcineurin-Inhibitor	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> _____

Endoskopischer Befund: unauffällig, auffällig: _____

Hautbefund: unauffällig, auffällig: _____

GvHD anderer Organe bekannt: Haut, Mundschleimhaut, Konjunctiva, Magen Darm, v Leber,
 sonst: _____

Spezielle Fragestellung an den Pathologen: _____