

Bitte zurücksenden an:

Herrn Prof. Dr. med. Peter Horn
 Institut für Transfusionsmedizin und FuE
 Universitätsklinikum Essen
 Virchowstr. 179
 45147 Essen

**Rückfragen:**

Sabine Riebschläger
 Tel.: 0201/723-4203
 Fax: 0201/723-5744
 sabine.riebschläger@uk-essen.de

Ärztliches Gutachten

Bitte in Druckschrift und vollständig ausfüllen!

| | | |
|--|--------------|-----------------------------------|
| Name:* | | Vorname:* |
| Geburtsdatum:* | Geschlecht:* | Ethnische Gruppe:* |
| Blutgruppe: | | CMV-IgG:* |
| Kororbiditätsscore:*(<i>nach Sorror bei Patienten ab 65 Jahren</i>) | | Karnofsky/Lansky Index (in %)* |
| Datum Erstdiagnose:* | | ICD-Code: |
| Ausführliche Diagnose* und Stadium: | | |
| prognoserelevante Befunde, ggf. IPSS/Zytogenetik: | | |
| Nebendiagnosen: | | |
| Therapie, Verlauf, ggf. Sensitivität auf Chemotherapie: | | |
| Falls keine Standarddiagnose nach DAG-KBT: Studienprotokoll oder kurze Begründung: | | |
| Transplantationszentrum:*\br/> Name des zuständigen Arztes Transplantation geplant in ca. _____ Wochen/ _____ Monaten | | |

Aufgrund der Diagnose und des bisherigen Verlaufs ist nach dem Stand des medizinischen Wissens eine allogene Blutstammzelltransplantation die aussichtsreichste Therapieoption. Die Spendersuche in der Kernfamilie des Patienten ist erfolglos abgeschlossen, deswegen ist die Suche nach einem nicht verwandten Blutstammzellspender im In- und Ausland geboten.

Datum*

Unterschrift* und Stempel* des verantwortlichen Arztes mit Angabe der Institution

*** Ohne Angabe dieser Informationen ist keine Bearbeitung des Suchantrags möglich.**