Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem nderungsdienst

Bitte zurücksenden an:
Institut für Transfusionsmedizin
Transplantationsdiagnostik und FuE
Universitätsklinikum Essen
Virchowstr. 179
45147 Essen

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

Ärztliches Gutachten

Bitte in Druckschrift und vollständig ausfüllen!

Name:*		**Vorname:***
Geburtsdatum:*	**Geschlecht:***	**Ethnische Gruppe:***
Blutgruppe:	**CMV-IgG (mit Datum)***	
Komorbiditätsscore:* *(nach Sorror bei Patienten ab 65 Jahren)*		**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: * 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.**