



Zuweisungsformular Aderlasstherapie / Blutspende bei Hämochromatose-Patienten

Patient / Patientin		
Name : _____	Vorname : _____	
Geburtsdatum : ____ / ____ / ____	Strasse : _____	
Telefonnummer : _____	Ort : _____	
Zuweisender Arzt / zuweisende Ärztin		
Name : _____	Vorname : _____	
Strasse : _____	Ort : _____	
Telefonnummer : _____	Email : _____	
Hämochromatose (Bitte Molekulargenetische Befunde beilegen)		
Datum der Diagnose : ____ / ____ / ____		
<input type="checkbox"/> C282Y homozygot	<input type="checkbox"/> C282Y / H63D	<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt
<input type="checkbox"/> C282Y / S65C compound heterozygot	<input type="checkbox"/> compound heterozygot	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> H63D homozygot	<input type="checkbox"/> H63D homozygot	<input type="checkbox"/> andere: _____
Organmanifestationen		
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Ja, welche : _____		
Untersuchungsbefunde / Laborresultate (Bitte Befunde beilegen)		
<u>Aktuelle Laborresultate</u> : Datum ____ / ____ / ____	<u>Weitere Befunde / Datum</u> :	
Ferritin: _____	Max. Ferritin: _____ / ____ / ____	
Transferrinsättigung: _____	Max. Transferrinsättigung: _____ / ____ / ____	
CRP: _____	Lipidwerte: _____ / ____ / ____	
TSH: _____	Glucose: _____ / ____ / ____	
ALAT / ASAT / Gamma-GT: _____	Bildgebung Leber: <input type="checkbox"/> Ja, mit Bericht <input type="checkbox"/> Nein	
	Andere Resultate: <input type="checkbox"/> Ja, mit Bericht <input type="checkbox"/> Nein	
Durchgeführte Aderlässe		
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Ja, aktuelle Aderlassfrequenz: _____		
Andere Erkrankungen		
_____ _____		
Medikamente		
_____ _____		
Sollte keine Blutspende möglich sein, ist eine Aderlasstherapie durch die Interregionale Blutspende (IRB) gewünscht:		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Zuweisender Arzt / zuweisende Ärztin		
Datum : _____	Unterschrift : _____	
Durch Arzt / Ärztin der IRB auszufüllen		
Der Patient / die Patientin ist zur regulären Blutspende zugelassen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Datum : _____	Visum : _____	



INTERREGIONALE BLUTSPENDE SRK
TRANSFUSION INTERREGIONALE CRS

Bitte senden Sie das ausgefüllte Zuweisungsformular

- für Patienten im Kanton Bern an:
Interregionale Blutspende SRK AG, ärztlicher Dienst, Murtenstrasse 133, 3008 Bern
oder aerzte@itransfusion.ch
- für Patienten im Kanton Waadt an:
Transfusion Interrégionale CRS SA, Service médical, Route de la Corniche 2, 1066 Epalinges
oder medecin.vd@itransfusion.ch
- für Patienten im Kanton Wallis an:
Transfusion Interrégionale CRS SA, Av. Grand-Champsec 86, 1950 Sion
oder info.valais@jedonnemonsang.ch

Freundliche Grüsse

Ihr Team-Medizin
Interregionale Blutspende SRK AG