



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"/> keine compound heterozygot <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@jedonnemonsang.ch

Freundliche Grüsse

Ihr Team-Medizin
Interregionale Blutspende SRK AG