

Anmeldung zur therapeut. Blutspende / Aderlasstherapie

Auftraggeber	Patientendaten
Behandelnder Arzt (Stempel)	Name
	Vorname
	Geburtsdatum
	Strasse
	PLZ/Wohnort
	Tel Mobil
	Telefon P
	Telefon G

Diagnose :

bitte zutreffendes ankreuzen

- ☐ Überweisung als Blutspender
☐ Anmeldung zur Aderlasstherapie
☐ Ich bin einverstanden, dass die Intervalle in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst des RBSZ Luzern definiert werden
Zielwert: ☐ Ferritin / ☐ Hämatokrit:µg/l | % (Bei hereditärer Hämochromatose streben wir ohne andere Vorgaben einen Ferritin-Zielwert von 50-100 µg/l an.)
☐ Ich möchte die Intervalle selbst bestimmen und werde den Patienten neu zuweisen

Bitte beachten Sie, dass der Blutspendebetrieb auf gesunde Spender ausgerichtet ist und in den Zentren nicht immer ein Arzt anwesend ist. Deshalb müssen auch Therapiespender i.d.R. die Spendetauglichkeitskriterien für normale Blutspender erfüllen. Dies wird, wie auch die Eignung als regulärer Blutspender, dessen Blut zur Transfusion freigegeben werden darf, in einer Konsultation vor der ersten Sitzung abgeklärt (s.a. Informationsblatt 'Blutspenden und Hämochromatose'). Bei einer reinen Therapiespende ist der Patient zur Kostenübernahme verpflichtet. Patienten, die noch nie eine (Therapie-)Spende geleistet haben, sollten zu Beginn der Therapie bei uns nicht älter als 60 Jahre sein, das Höchstalter für jegliche Spenden bei uns beträgt 75 Jahre.

Beurteilung der medizinischen Spendetauglichkeit durch den Hausarzt

BD	mmHg	Puls	/ Min	Gewicht	kg	Grösse	cm
Ferritin bei ED	µg/l	Datum		Ferritin aktuell	µg/l	Datum	
Anzahl erfolgter Therapiespenden				Datum / Volumen letzte Therapiespende			

Bitte aktuelle Laborbefunde (obligatorisch kleines Blutbild und Eisenstatus) beilegen

Anamnestische Befunde

Kardiovaskulär*

Pulmonal*

Cerebral*

Neurologisch*

Aktuelle Infektanamnese*

Medikamente

Andere relevanten Diagnosen*

*Bitte **Befundberichte** (Spitalaustrittsbericht / Untersuchungsbefund) beilegen

Aufgrund der von mir erhobenen Anamnese und Untersuchungen bezüglich der Risikofaktoren sehe ich **keine Kontraindikationen für eine Blutspende**

Datum

Unterschrift behandelnder Arzt