

ÄRZTLICHES GUTACHTEN

Bitte in Druckschrift und vollständig ausfüllen!

Name		Vorname	
Geburtsdatum (YYYY-MM-DD)	Geschlecht	Ethnische Gruppe	
Blutgruppe		CMV-IgG	
Komorbiditätsscore (nach Sorror, bei Patienten ab 65 Jahre)		Karnofsky-Index	%
Diagnose und Stadium		Datum Erstdiagnose (YYYY-MM-DD)	
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 Spender im In- und Ausland geboten.

Datum _____ Unterschrift u. Stempel des verantwortlichen Arztes mit Angabe der Institution

*** Ohne Angabe des Transplantationszentrums keine Bearbeitung des Suchantrags.**