



## Anmeldung zur Eisensubstitution

Terminwunsch / Dringlichkeit: \_\_\_\_\_

### Patientendaten:

Namen: \_\_\_\_\_

Vornamen: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Zuweiser:

(Stempel und Unterschrift)

Datum: \_\_\_\_\_

Kostenträger/ Versicherung: \_\_\_\_\_

### Behandlung von:

- Eisenmangelanämie
- Zur Vorbereitung (Operation)

### Diagnose:

### Nebendiagnosen:

### Folgende Abklärungen sind bereits erfolgt (Beilage):

- Aktuelles Labor (Hb, Retikulozyten, Eisenstatus, Ferritin, CRP, Transferrin, löslicher Transferrinrezeptor (sTfR), Vit. B12, Folsäure)
- Bekannte Allergien: \_\_\_\_\_
- Vortransfusion mit Eisen (ja O/ nein O)

### Fragestellung:

