



## Anmeldung zur Aderlass-Therapie

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

### Patientendaten:

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

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

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

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

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

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

### Zuweiser:

(Stempel und Unterschrift)

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

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

### Behandlung von:

- Hämochromatose-Patient
- Patient mit anderer Grunderkrankung (Hyperferritinämie, Polyglobulie)

### Diagnose:

### Nebendiagnosen:

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

- Aktuelles Labor (mit Serumferritin, Transferrinsättigung sowie CRP)
- Gendiagnostik (HFE-Mutation: \_\_\_\_\_)
- Leber: Leberwerte mit AFP Bestimmung O, Sono-Abdomen O, Hepatomegalie O
- Kardio: aktuelles EKG O,
- Hormone: Testosteron O, HbA1c-Wert O
- Gelenkuntersuchungen: \_\_\_\_\_

### Fragestellung:

