



Dieses Datenblatt darf an folgende Adresse weitergeleitet werden:

ja nein

RoMed Klinikum Rosenheim
Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin Kinderneurologie
Cystinose-Zentrum
Pettenkofenstr. 10
83022 Rosenheim

Datum/Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter: _____

Cystin-Spiegel (in Granulozyten)

Einsender (Stempel)

Abnahme:

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Bemerkungen:

Aktuelles Körpergewicht (kg): _____

Aktuelle Körperlänge (cm): _____

Letzte Medikation vor Spiegelabnahme:

Datum

Uhrzeit

Procysbi _____ mg

Cystagon _____ mg

Reverkapseltes Cystagon _____ mg

Cysteamin Medikation pro Tag:

Uhrzeit1

Uhrzeit2

Uhrzeit3

Uhrzeit4

Procysbi _____ mg

Cystagon _____ mg

Reverkapseltes Cystagon _____ mg

Gesamtdosis Cysteamin pro Tag: _____ mg