



Bitte schicken Sie die Daten zusätzlich auch an: RoMed Klinikum Rosenheim
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Kindernephrologie
Cystinose-Zentrum
Pettenkoferstr. 10
83022 Rosenheim

Cystin-Spiegel

Einsender

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Bemerkungen:

Aktuelles Körpergewicht (kg): _____

Aktuelle Körperlänge (cm): _____

Cystin-Spiegel

Uhrzeit bei Spiegelabnahme: _____

Letzte Medikation vor Spiegelabnahme:

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