



Anfordernde Klinik:

## Anforderung autologer, kryokonservierter Blutstammzell-Präparate

**Geplante Transplantation:**

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit** \_\_\_\_\_

*Patienten-Adressette  
falls nicht vorhanden,  
dann re. Felder ausfüllen*

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Patienten-Nr. \_\_\_\_\_

Aktuelles Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Folgende kryokonservierte Präparate werden für die Transplantation benötigt:**

Präparate-ID-Nr.	Entnahmedatum	Anzahl CD 34-pos. Zellen pro Beutel

Anzahl der angeforderten Beutel: \_\_\_\_\_

Bitte veranlassen Sie den Transport zum oben genannten Datum.

**Mit der Unterschrift bestätigen wir die Verbindlichkeit des Auftrages:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift verantwortlicher Arzt

\_\_\_\_\_  
Datum

**Bestätigung der Ausgabe (durch den Zentralbereich Stammzelle):**

Hiermit bestätigen wir die Ausgabe zum oben genannten Datum.

Anmerkung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift