



## Anforderung Granulozytenkonzentrate

Anfordernde Klinik :

Ansprechpartner:

Station: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Fax-Nr. \_\_\_\_\_

Für Patient :

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

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

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

**Indikation:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Blutgruppe: \_\_\_\_\_

CMV-Status: \_\_\_\_\_

HLA-Typisierung Klasse 1:

\_\_\_\_\_

**Geplante Transfus. / Datum:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift (Arzt / Ärztin)