

Bestellung von Blutprodukten

Tel. 0671 253 -160 Fax 0671 253 -190

Blutprodukt:	0		A		B		AB	
	Rh pos	Rh neg	Rh pos	Rh neg	Rh pos	Rh neg	Rh pos	Rh neg
	Stück		Stück		Stück		Stück	
Erythrozytenkonzentrat								
Bestrahltes Erythrozytenkonzentrat								
Erythrozytenkonzentrat mit Besonderheiten (Rhesusformel, Kell neg., Antigengestet, CMV-DNA etc.)								
Bestrahltes Erythrozytenkonzentrat mit Besonderheiten (Rhesusformel, Kell neg., Antigengestet, CMV-DNA etc.)								
Erythrozytenkonzentrat 35-45 ml Suspension (Blutgruppe 0 Rh neg. Kell neg. CMV neg)								
Bestrahltes Erythrozytenkonzentrat 35-45 ml Suspension (Blutgruppe 0 Rh neg. Kell neg. CMV neg)								
Thrombozytenkonzentrat (Pool-TK)								
Bestrahltes Thrombozytenkonzentrat (Pool-TK)								
Gefrorenes Frischplasma	0		A		B		AB	
Lyoplas	0		A		B		AB	

Stempel	Name, Vorname und Geburtsdatum von Patient/in: (bei bestrahlten Produkten immer angeben)	
	Name des Bestellers:	
	Telefonnummer (für Rückfragen):	Unterschrift:

Mit der Unterschrift bestätigt der Arzt die Abnahmeverpflichtung des Präparates. Bei Abrechnungswunsch mit der GKV dies bitte auf der Anforderung vermerken und Rezept (ggf. Überweisung) beifügen, sonst erfolgt die Abrechnung mit dem Auftraggeber. **Auftragsstornierung bitte unbedingt frühzeitig nur schriftlich per Fax!**

Lieferart:	
<input type="checkbox"/> Selbstabholer am: _____	um: _____
<input type="checkbox"/> Verteilertour am: _____	Sonstiges: _____