

Anforderungsschein für Thrombozytapheresekonzentrate

Tel. 0671 253-160 Fax 0671 253-190

Patientendaten:

Name: _____ weiblich
Vorname: _____ männlich
Geb.-Dat.: _____

Klinische Angaben

Diagnose: _____ PLT Wert (aktuell) _____ x 10³/μl

Blutgruppe: _____ Rhesus: _____

HLA-Typ A _____ / _____ B _____ / _____ HLA-AK: _____

HPA-Typ: _____ HPA-AK: _____

Transfusion geplant am: _____ Uhrzeit: _____	Anzahl
Leukozytendepletiertes Thrombozytapheresekonzentrat 1therapeutische Einheit mit 2-5 x 10 ¹¹ Thrombozyten	
<input type="checkbox"/> Bestrahlt mit 30 Gy <input type="checkbox"/> CMV DNA neg. <input type="checkbox"/> Transfusionsbesteck beifügen <input type="checkbox"/> HLA-kompatibel* *Rücksprache mit diensthabendem Arzt erforderlich. Vorbefund zu Antikörpern und Typisierung bitte beifügen HLA-kompatible Präparate bestrahlt anfordern, bitte entsprechendes ankreuzen <input type="checkbox"/> HPA-kompatibel Rücksprache mit diensthabendem Arzt erforderlich	
Bemerkung: _____ _____ _____	

Anforderndes Krankenhaus/Praxis:

Stempel:

Abteilung / Station: _____ erreichbar unter Tel.: _____

Anfordernder Arzt: _____

Name (in Blockschrift)

Datum

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:

Selbstabholer am: _____ um: _____
 Verteilertour am: _____ sonstiges: _____

Wird vom DRK-Blutspendedienst bei der Ausgabe ausgefüllt:

Blutgruppe: _____ Rhesus: _____ Konserven-Nr.: _____ Artikel-Nr.: _____

Besonderheiten: Bestrahlt mit 30 Gy HLA-kompatibel HPA-kompatibel

Datum: _____ Lieferschein-Nr.: _____ Mitarbeiter: _____

Unterschrift