

Anforderungsschein für Rezepturen

Tel. 0671 253 -160 Fax 0671 253 -190

Patientendaten: (oder Adressette)

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Transfusion geplant am: _____

Bitte unbedingt angeben!

Station: _____ Tel. Nr.: _____
Blutgruppe: _____ Rh Formel: _____
Besonderheiten: _____
Uhrzeit: _____ **Notfall**

Rezeptur:	bestrahlt	CMV DNA nicht nach- gewiesen	Parvo B19 negativ	Anzahl
Austauschkonserve, bestrahlt *		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erythrozytenkonzentrat HKT >75%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewaschenes, gefiltertes Erythrozytenkonzentrat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gewaschenes Thrombozytenkonzentrat N	<input type="checkbox"/>			
Gewaschenes Thrombozytapheresekonzentrat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Kreuzprobe: Krankenhaus ZTM Bad Kreuznach

*** Für Austauschkonserve:**

Herzustellende Menge: _____ ml HKT-Standard: 60 l/l, bei abweichender Anforderung: _____

Art des Transports:

Verteilertour am: _____ Selbstabholer
(durch Klinik/ Praxis veranlasst)

Datum: _____

Bestellender Arzt: _____
(Druckschrift)

Unterschrift des Arztes: _____

Stempel
Krankenhaus/ Abteilung/ Praxis

Wird vom DRK-Blutspendedienst ausgefüllt	
Bestrahlungsnummer: _____	Lieferscheinnummer: _____

Präparatenummer:

--	--	--