



Anforderungsschein Thrombozytenkonzentrat N-W - hergestellt aus Vollblutspenden -

Tel. 02102 189-189 Fax 02102 189-110

Patientendaten (oder Adressette)

Bitte unbedingt angeben!

Name: _____

Station: _____ Tel. Nr.: _____

Vorname: _____

AB0-Blutgruppe: _____ Rh D ☐ pos. ☐ neg.

Geburtsdatum: _____

☐ **Notfall**

Thrombozytenkonzentrat N – W

Anzahl: _____ Transfusion geplant am: ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr

☐ bestrahlt

Reservierung Thrombozytenkonzentrat N – W

Anzahl: _____ Reservierung vom: ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

☐ bestrahlt bei Abruf

Art des Transportes

☐ Über Verteilertour ☐ Selbstabholer (durch Klinik/ Praxis veranlasst)

Datum: ____ . ____ . ____

Bestellender Arzt: _____
(Name bitte in Druckschrift)

Unterschrift des Arztes _____

Stempel
Krankenhaus/ Abteilung/ Praxis

Wird vom DRK-Blutspendedienst ausgefüllt

Bestrahlungsnummer: _____

Lieferscheinnummer: _____

Präparatenummern:
