

## Anforderungsschein für Erythrozytenkonzentrate mit besonderen Eigenschaften

Tel. 02102 189-189 Fax 02102 189-110

### Patientendaten (oder Adressette)

### Bitte unbedingt angeben!

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

Station: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

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

Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Rh Formel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Notfall**

### Erythrozytenkonzentrat

Anzahl: \_\_\_\_\_ Transfusion geplant am: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Uhr

Besondere Antigene: \_\_\_\_\_

bestrahlt  CMV-DNA nicht nachweisbar

### Baby-Erythrozytenkonzentrat (40 ml., 0 Rh ccddee, Kell negativ, CMV-DNA nicht nachweisbar, Parvo B-19 negativ)

Anzahl: \_\_\_\_\_ Transfusion geplant am: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Uhr

Besondere Antigene: \_\_\_\_\_

bestrahlt

### 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:
