

## Anforderungsschein für Rezepturen

Tel. 02102 189-189 Fax 02102 189-110

**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
<b>Austauschkonserve, bestrahlt *</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Erythrozytenkonzentrat HKT &gt;75%</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Gewaschenes, gefiltertes Erythrozytenkonzentrat</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Gewaschenes Thrombozytenkonzentrat N</b>	<input type="checkbox"/>			
<b>Gewaschenes Thrombozytapheresekonzentrat</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Kreuzprobe:**  Krankenhaus

ZTM Breitscheid

**\* 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:**

--	--	--