

Anforderung an Fax.-Nr.: 02331 / 807-151 Tel.-Nr.: 02331 / 807-150

Anforderung Antigen-ausgetestete Erythrozytenkonzentrate

Anzahl:	Transfusion geplant am (TT,MM,20JJ): <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr
Anzahl:	Reservierung* für den (TT,MM,20JJ): <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> bis (HH,MM): <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr

*Die Reservierung gilt max. 24 Stunden ab Eingang der Bestellung.

Patientenangaben (bitte falls möglich Aufkleber verwenden!):

Name:	männl.: <input type="checkbox"/>	weibl.: <input type="checkbox"/>
Vorname:		
Geburtsdatum (TT,MM,JJJJ): . .		

Bestrahlt 30 Gy CMV-DNA nicht nachgewiesen.

Klinische / immunhämatologische Angaben:

Diagnose:
Blutgruppe (ABO, RH-Formel, K):
Antierythrozytäre Antikörper
Negativ für folgende Antigene::

Bitte unbedingt angeben!

Station:	Tel.-Nr: /	STEMPEL des Krankenhauses
. .		
Datum (TT,MM,JJJJ)	Unterschrift des Arztes	

Vom Blutspendedienst auszufüllen:

Konserven-Nr.:			
Lieferschein-Nr:			