

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

**Anforderung Antigen-ausgetestete Erythrozytenkonzentrate**

Anzahl:	Transfusion geplant am (TT,MM,20JJ): □□.□□.□□□□ □□:□□ Uhr
Anzahl:	Reservierung* für den (TT,MM,20JJ): □□.□□.□□□□ bis (HH,MM): □□:□□ 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:			