

Auftrag für die Entnahme von Eigenblut

Zentrum für Transfusionsmedizin Hagen

Feithstr. 184, 58097 Hagen

Tel.: 02331 807-0

Auftrag für die Herstellung von Eigenblut

Tel.: 02331 807-135 Fax 02331 807-264

Patientendaten / Etikett

Bitte zutreffendes ankreuzen männlich weiblich

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße / Haus-Nr.	
PLZ / Wohnort	/
Vorwahl / Telefon-Nr.	/

Auftraggeber / Stempel

Diagnose:

Geplante Operation:

Voraussichtlicher Op-Termin:

**Anforderung von Vollblut, leukozytendepletiert aus Eigenblut
(42 Tage haltbar)**

Anzahl der benötigten Präparate



1

2

3

4

Für das anfordernde Krankenhaus besteht Abnahmeverpflichtung!

Krankenhaus:

Abteilung:

zuständiger Arzt:

Straße / Haus-Nr.:

PLZ:

Ort:

Vorwahl / Telefon: /

Vorwahl / Fax: /

.....
Datum

.....
Arztunterschrift

Leitung:

Sitz der Gesellschaft: 40885 Ratingen

Amtsgericht Düsseldorf HRB 42977

Konto: Sparkasse Hagen BLZ 450 500 01

USt-IdNr. DE121633379

Dr. med. Robert Deitenbeck, Dipl.-Oec. Elisabeth Böhmer-Hopp

Geschäftsführung: Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Zeiler, Thomas Bödeker M.A.

Aufsichtsratsvorsitzender: Hans Schwarz, Düsseldorf

IBAN: DE36 4505 0001 0100 0406 59, SWIFT / BIC WELADE3H

Auftrag für die Entnahme von Eigenblut

Zentrum für Transfusionsmedizin Bad Kreuznach

Burgweg 5-7, 55543 Bad Kreuznach

Tel.: 0671 253-0

Auftrag für die Herstellung von Eigenblut

Tel.: 0671 253-118 Fax 0671 253-194

Patientendaten / Etikett

Bitte zutreffendes ankreuzen männlich weiblich

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße / Haus-Nr.	
PLZ / Wohnort	/
Vorwahl / Telefon-Nr.	/

Auftraggeber / Stempel

Diagnose:

Geplante Operation:

Voraussichtlicher Op-Termin:

**Anforderung von Vollblut, leukozytendepletiert aus Eigenblut
(42 Tage haltbar)**

Anzahl der benötigten Präparate



1

2

3

4

Für das anfordernde Krankenhaus besteht Abnahmeverpflichtung!

Krankenhaus: _____

Abteilung: _____

zuständiger Arzt: _____

Straße / Haus-Nr.: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Vorwahl / Telefon: _____ /

Vorwahl / Fax: _____ /

.....
Datum

.....
Arztunterschrift

Sitz der Gesellschaft: 55543 Bad Kreuznach Geschäftsführer: **Dipl.-Kfm. Jan Christian Kuhr, Dr. med. Andreas Opitz,**
Amtsgericht Bad Kreuznach HRB 3253 **Thomas Bödeker M.A.**
Konto: Commerzbank AG, Bad Kreuznach BLZ 510 800 60 Kto.-Nr. 485192400 IBAN: DE21 5108 0060 0485 1924 00
BIC DRESDEFF510 USt-IdNr. DE167952366

Auftrag für die Entnahme von Eigenblut

Zentrum für Transfusionsmedizin Breitscheid

Linneper Weg 1, 40885 Ratingen

Tel.: 02102 189-0

Auftrag für die Herstellung von Eigenblut

Tel.: 02102 189-144 Fax 02102 189-122

Patientendaten / Etikett

Bitte zutreffendes ankreuzen männlich weiblich

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße / Haus-Nr.	
PLZ / Wohnort	/
Vorwahl / Telefon-Nr.	/

Auftraggeber / Stempel

Diagnose:

Geplante Operation:

Voraussichtlicher Op-Termin:

**Anforderung von Vollblut, leukozytendepletiert aus Eigenblut
(42 Tage haltbar)**

Anzahl der benötigten Präparate



1

2

3

4

Für das anfordernde Krankenhaus besteht Abnahmeverpflichtung!

Krankenhaus:

Abteilung:

zuständiger Arzt:

Straße / Haus-Nr.:

PLZ:

Ort:

Vorwahl / Telefon: /

Vorwahl / Fax: /

.....
Datum

.....
Arztunterschrift

Leitung:

Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Zeiler, Thomas Bödeker M.A.

Sitz der Gesellschaft: 40885 Ratingen
Amtsgericht Düsseldorf HRB 42977

Geschäftsführung: Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Zeiler, Thomas Bödeker M.A.
Aufsichtsratsvorsitzender: Hans Schwarz, Düsseldorf

Konto: Sparkasse Hagen BLZ 450 500 01 Kto.-Nr. 100040659 IBAN: DE36 4505 0001 0100 0406 59, SWIFT / BIC WELADE3H
UST-IdNr. DE121633379

Auftrag für die Entnahme von Eigenblut

Zentrum für Transfusionsmedizin Münster

Sperlichstr. 15, 48151 Münster
Tel.: 0251 709-0

Auftrag für die Herstellung von Eigenblut

Tel.: 0251 709-284 Fax 0251 709-138

Patientendaten / Etikett

Bitte zutreffendes ankreuzen männlich weiblich

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße / Haus-Nr.	
PLZ / Wohnort	/
Vorwahl / Telefon-Nr.	/

Auftraggeber / Stempel

Diagnose:

Geplante Operation:

Voraussichtlicher Op-Termin:

**Anforderung von Vollblut, leukozytendepletiert aus Eigenblut
(42 Tage haltbar)**

Anzahl der benötigten Präparate



1

2

3

4

Für das anfordernde Krankenhaus besteht Abnahmeverpflichtung!

Krankenhaus:

Abteilung:

zuständiger Arzt:

Straße / Haus-Nr.:

PLZ:

Ort:

Vorwahl / Telefon: /

Vorwahl / Fax: /

.....
Datum

.....
Arztunterschrift

Leitung:

Dr. med. Christian Faber, Dipl. Betriebswirt Michael Diekmann

Sitz der Gesellschaft: 40885 Ratingen

Geschäftsführung: Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Zeiler, Thomas Bödeker M.A.

Amtsgericht Düsseldorf HRB 42977

Aufsichtsratsvorsitzender: Hans Schwarz, Düsseldorf

Konto: Sparkasse Hagen BLZ 450 500 01

Kto.-Nr. 100040659 IBAN: DE36 4505 0001 0100 0406 59, SWIFT / BIC WELADE3H

USt-IdNr. DE121633379

Auftrag für die Entnahme von Eigenblut

Zentrum für Transfusionsmedizin Bad Salzufen

Heldmanstraße 45, 32108 Bad Salzufen

Tel.: 05222 184-0

Auftrag für die Herstellung von Eigenblut

Tel.: 0522 184-304 Fax 05222 184-248

Patientendaten / Etikett

Bitte zutreffendes ankreuzen männlich weiblich

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße / Haus-Nr.	
PLZ / Wohnort	/
Vorwahl / Telefon-Nr.	/

Auftraggeber / Stempel

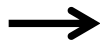
Diagnose:

Geplante Operation:

Voraussichtlicher Op-Termin:

**Anforderung von Vollblut, leukozytendepletiert aus Eigenblut
(42 Tage haltbar)**

Anzahl der benötigten Präparate



1

2

3

4

Für das anfordernde Krankenhaus besteht Abnahmeverpflichtung!

Krankenhaus:

Abteilung:

zuständiger Arzt:

Straße / Haus-Nr.:

PLZ:

Ort:

Vorwahl / Telefon: /

Vorwahl / Fax: /

.....
Datum

.....
Arztunterschrift

Sitz der Gesellschaft: 40885 Ratingen

Geschäftsführer: Dr. med. Wolfgang Engel, Dipl. Betriebswirt Michael Diekmann

Amtsgericht Düsseldorf HRB 42977

Thomas Bödeker M.A.

Konto: Sparkasse Hagen BLZ 450 500 01

Kto.-Nr. 100184537

IBAN: DE83 4505 0001 0100 1845 37, SWIFT / BIC WELADE3H

USt-IdNr. DE813670137