

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

**Anforderungs- / Begleitschein – Rezeptur – Spezielle Blutpräparate**

**Patientendaten (angabepflichtig!):**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

**Immunhämatologische Befunde:**

AB0-Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Rhesusformel: \_\_\_\_\_ weitere Blutgruppenmerkmale: \_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Diagnose/n: \_\_\_\_\_

Transfusion geplant am:	Uhrzeit:	Anzahl
<input type="checkbox"/> Gefiltertes Erythrozytenkonzentrat, gewaschen		
<input type="checkbox"/> Gefiltertes Erythrozytenkonzentrat, gewaschen aus Kryokonservierung		
<input type="checkbox"/> Bestrahltes, gefiltertes Erythrozytenkonzentrat, gewaschen		
<input type="checkbox"/> Austauschkonserve <input type="checkbox"/> Austauschkonserve, bestrahlt		
<input type="checkbox"/> Pool-Thrombozytenkonzentrat-W, gewaschen		
<input type="checkbox"/> Bestrahltes Pool-Thrombozytenkonzentrat-W, gewaschen		
<input type="checkbox"/> Gewaschenes Thrombozytapheresekonzentrat,leukozytendepletiert		
<input type="checkbox"/> Bestrahltes, gewaschenes Thrombozytapheresekonzentrat,leukozytendepletiert		
<input type="checkbox"/> Sonstiges		

Anforderndes Krankenhaus/Praxis:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abteilung / Station: \_\_\_\_\_

erreichbar unter Tel.: \_\_\_\_\_

Anfordernder Arzt: \_\_\_\_\_

Name (in Blockschrift)

Datum

Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätigt der Arzt die Abnahmeverpflichtung des Präparates. Bei Abrechnungswunsch mit GKV dies bitte auf der Anforderung vermerken und Rezept beifügen, sonst erfolgt die Abrechnung mit dem Auftraggeber.

**Auftragsstornierung bitte unbedingt frühzeitig nur schriftlich per Fax!**

**Wird vom DRK-Blutspendedienst bei der Ausgabe ausgefüllt:**

AB0-Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Rhesusformel/Kell-Merkmal: \_\_\_\_\_ Konserven-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Lieferschein-Nr.: \_\_\_\_\_ Beauftragter: \_\_\_\_\_

Unterschrift