

DRK-Blutspendedienst West

gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
der Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Rheinland-Pfalz und Saarland

Zentrum für Transfusionsmedizin Münster

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



DRK-Blutspendedienst West

Anforderungsschein Thrombozytenpräparate - hergestellt aus Vollblutspenden -

Tel. 0251-709 268 Fax 0251 709-273

Patientendaten:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Blutgruppe: _____ Rhesus: _____ weitere Blutgruppenmerkmale: _____

Immunhämatologische Besonderheiten: _____

Diagnose: _____

Transfusion geplant am: _____ Uhrzeit: _____	Anzahl
<input type="checkbox"/> Thrombozytenkonzentrat N - W, 1 therapeutische Einheit mit $2 - 5 \times 10^{11}$ Thrombozyten	
<input type="checkbox"/> Bestrahltes Thrombozytenkonzentrat N - W, 1 therapeutische Einheit mit $2 - 5 \times 10^{11}$ Thrombozyten, bestrahlt mit 30 Gy	

Anforderndes Krankenhaus/Praxis:

(Stempel)

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 der GKV dies bitte auf der Anforderung vermerken und Rezept (ggf. Überweisung) beifügen, sonst erfolgt die Abrechnung mit dem Auftraggeber. **Auftragsstornierung bitte unbedingt frühzeitig nur schriftlich per Fax!**