

Anforderungs- / Begleitschein - Rezeptur - Gewaschene Zellpräparate

Tel. 0251 709-268 Fax 0251 709-273

Patientendaten: (angabepflichtig bei Rezepturen)

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Blutgruppe: _____ Rhesus: _____ weitere Blutgruppenmerkmale: _____

Immunhämatologische Besonderheiten: _____

Diagnose: _____

Transfusion geplant am: _____ Uhrzeit: _____	Anzahl
<input type="checkbox"/> Gefiltertes Erythrozytenkonzentrat, gewaschen	
<input type="checkbox"/> Bestrahltes Erythrozytenkonzentrat, gefiltert und gewaschen	
<input type="checkbox"/> Gewaschenes Thrombozytenkonzentrat N	
<input type="checkbox"/> Bestrahltes und gewaschenes Thrombozytenkonzentrat N	
<input type="checkbox"/> Thrombozytapheresekonzentrat, gewaschen	
<input type="checkbox"/> Thrombozytapheresekonzentrat, gewaschen und bestrahlt	

Anforderndes Krankenhaus/Praxis: _____ _____ _____	(Stempel)	
Abteilung / Station: _____ erreichbar unter Tel.: _____		
Anfordernder Arzt: _____		
Name (in Blockschrift)	Datum	Unterschrift
<small>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!</small>		

Wird vom DRK-Blutspendedienst bei der Ausgabe ausgefüllt:
Blutgruppe: _____ Rhesus: _____ Konserven-Nr.: _____
Datum: _____ Lieferschein-Nr.: _____ Beauftragter: _____ Unterschrift