

Anforderung Granulozytenkonzentrate

Anfordernde Klinik :

Ansprechpartner:

Station: _____

Tel.-Nr.: _____

Fax-Nr.: _____

Für Patient :

Patienten-Adressette
falls nicht vorhanden,
dann re. Felder ausfüllen

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Patienten-Nr.: _____

Indikation:

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Blutgruppe: _____

CMV-Status: _____

HLA-Typisierung Klasse 1:

Geplante Transfus. / Datum:

Datum

Unterschrift (Arzt / Ärztin)