

Zentralbereich Stammzelle  
Tel.: 02102-189-255  
Fax: 02102-189-131

Anfordernde Klinik:

## Anforderung kryokonservierter Lymphozyten-Präparate

### Geplante Transfusion:

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

**Datum:** \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Aktuelles. Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Spender-ID:** \_\_\_\_\_

**Folgende kryokonservierte Präparate werden für die Transplantation benötigt:**

Präparate-ID-Nr.

Anzahl der angeforderten Beutel: \_\_\_\_\_

**Mit der Unterschrift bestätigen wir die Verbindlichkeit des Auftrages:**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift verantwortlicher Arzt**

**Bestätigung der Ausgabe (durch den Zentralbereich Stammzelle):**

Hiermit bestätigen wir die Ausgabe zum oben genannten Datum.

Anmerkung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift