

Anfordernde Klinik:

Zentralbereich Stammzelle
Linneper Weg 1
40885 Ratingen
Tel.: 02102-189-255
Fax: 02102-189-131

Anforderung autologer, kryokonservierter Blutstammzell-Präparate**Geplante Transplantation:****Datum:** _____ **Uhrzeit** _____

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

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Patienten-Nr. _____

Aktuelles Körpergewicht: _____ kg

Folgende kryokonservierte Präparate werden für die Transplantation benötigt:

Präparate-ID-Nr.	Entnahmedatum	Anzahl CD 34-pos. Zellen pro Beutel

Anzahl der angeforderten Beutel: _____

Bitte veranlassen Sie den Transport zum oben genannten Datum.

Mit der Unterschrift bestätigen wir die Verbindlichkeit des Auftrages:_____
Unterschrift verantwortlicher Arzt_____
Datum**Bestätigung der Ausgabe (durch den Zentralbereich Stammzelle):**

Hiermit bestätigen wir die Ausgabe zum oben genannten Datum.

Anmerkung: _____

Datum_____
Unterschrift