

Anforderungsschein Thrombozytenkonzentrat N-W - hergestellt aus Vollblutspenden -

Tel. 02102 189-189 Fax 02102 189-110

Patientendaten (oder Adressette)

Bitte unbedingt angeben!

Name: _____

Station: _____ Tel. Nr.: _____

Vorname: _____

AB0-Blutgruppe: _____ Rh D pos. neg.

Geburtsdatum: _____

Notfall

Thrombozytenkonzentrat N - W

Anzahl: _____ Transfusion geplant am: _____ . _____ . _____ um _____ : _____ Uhr

bestrahlt

Art des Transportes

Über Verteilertour Selbstabholer (durch Klinik/ Praxis veranlasst)

Datum: _____ . _____ . _____

Bestellender Arzt: _____
(Name bitte in Druckschrift)

Unterschrift des Arztes _____

Stempel
Krankenhaus/ Abteilung/ Praxis

Wird vom DRK-Blutspendedienst ausgefüllt

Bestrahlungsnummer: _____

Lieferscheinnummer: _____

Präparatenummern:
