

Anforderungsschein für Thrombozytapheresekonzentrate

Tel. 02331 807 - 150 Fax 02331 807 - 151

Patientendaten:

Name: _____

weiblich

Vorname: _____

männlich

Geb.-Dat.: _____

Klinische Angaben

Diagnose: _____ PLT Wert (aktuell) _____ x 10³/μl

Blutgruppe: _____ Rhesus: _____

HLA-Typ A / B HLA-AK: _____

HPA-Typ: _____ HPA-AK: _____

Transfusion geplant am: _____ Uhrzeit: _____	Anzahl
Leukozytendepletiertes Thrombozytapheresekonzentrat 1therapeutische Einheit mit 2-5 x 10 ¹¹ Thrombozyten	
<input type="checkbox"/> Bestrahlt mit 30 Gy <input type="checkbox"/> CMV DNA neg. <input type="checkbox"/> Transfusionsbesteck beifügen	
<input type="checkbox"/> HLA-kompatibel* *Rücksprache mit diensthabendem Arzt erforderlich. Vorbefund zu Antikörpern und Typisierung bitte beifügen <input type="checkbox"/> HPA-kompatibel HLA kompatible Präparate bestrahlt anfordern, bitte entsprechendes ankreuzen Rücksprache mit diensthabendem Arzt erforderlich	
Bemerkung:	

Anforderndes Krankenhaus/Praxis:	Stempel:
_____ _____ _____	
Abteilung / Station: _____ erreichbar unter Tel.: _____	
Anfordernder Arzt: _____	
Name (in Blockschrift) _____ Datum _____ Unterschrift _____	
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!	
Lieferart:	
<input type="checkbox"/> Selbstabholer am: _____ um: _____	
<input type="checkbox"/> Verteilertour am: _____ sonstiges: _____	

Wird vom DRK-Blutspendedienst bei der Ausgabe ausgefüllt:
Blutgruppe: _____ Rhesus: _____ Konserven-Nr.: _____ Artikel-Nr.: _____
Besonderheiten: <input type="checkbox"/> Bestrahlt mit 30 Gy <input type="checkbox"/> HLA-kompatibel <input type="checkbox"/> HPA-kompatibel
Datum: _____ Lieferschein-Nr.: _____ Mitarbeiter: _____ _____ Unterschrift