

## Anforderungsschein für Thrombozytapheresekonzentrate

Tel. 0251 709 - 268 Fax 0251 709 - 273

### Patientendaten:

Name: \_\_\_\_\_

weiblich

Vorname: \_\_\_\_\_

männlich

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

### Klinische Angaben

Diagnose: \_\_\_\_\_ PLT Wert (aktuell) \_\_\_\_\_ x 10<sup>3</sup>/μl

Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Rhesus: \_\_\_\_\_

HLA-Typ A / B HLA-AK: \_\_\_\_\_

HPA-Typ: \_\_\_\_\_ HPA-AK: \_\_\_\_\_

| Transfusion geplant am: _____ Uhrzeit: _____  | Anzahl |
|---|--------|
| <b>Leukozytendepletiertes Thrombozytapheresekonzentrat</b><br>1therapeutische Einheit mit 2-5 x 10 <sup>11</sup> 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<br><input type="checkbox"/> HPA-kompatibel    HLA kompatible Präparate bestrahlt anfordern, bitte entsprechendes ankreuzen<br>Rücksprache mit diensthabendem Arzt erforderlich |        |
| <b>Bemerkung:</b>   |        |

|   |                 |
|---|-----------------|
| <b>Anforderndes Krankenhaus/Praxis:</b>   | <b>Stempel:</b> |
| _____<br>_____<br>_____   |                 |
| 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. <b>Auftragsstornierung bitte unbedingt frühzeitig nur schriftlich per Fax!</b> |                 |
| <b>Lieferart:</b>   |                 |
| <input type="checkbox"/> Selbstabholer am: _____ um: _____  |                 |
| <input type="checkbox"/> Verteilertour am: _____ sonstiges: _____   |                 |

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