

Anforderungsschein Thrombozytenpräparate - hergestellt aus Vollblutspenden -

Tel. 0251-709 268 Fax 0251 709-273

Patientendaten:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Blutgruppe: _____ Rhesus: _____ weitere Blutgruppenmerkmale: _____

Immunhämatologische Besonderheiten: _____

Diagnose: _____

Transfusion geplant am: _____ Uhrzeit: _____	Anzahl
☐ Thrombozytenkonzentrat N – W, 1 therapeutische Einheit mit $2 - 5 \times 10^{11}$ Thrombozyten	
☐ Bestrahltes Thrombozytenkonzentrat N – W, 1 therapeutische Einheit mit $2 - 5 \times 10^{11}$ Thrombozyten, bestrahlt mit 30 Gy	

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!		