



Anforderungsschein für Erythrozytenkonzentrate mit besonderen Eigenschaften

Tel. 02102 189-189 Fax 02102 189-110

Patientendaten (oder Adressette)

Bitte unbedingt angeben!

Name: _____

Station: _____ Tel. Nr.: _____

Vorname: _____

Blutgruppe: _____ Rh Formel: _____

Geburtsdatum: _____

☐ **Notfall**

Erythrozytenkonzentrat

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

Besondere Antigene: _____

☐ bestrahlt

☐ CMV-DNA nicht nachweisbar

Baby-Erythrozytenkonzentrat (40 ml., 0 Rh ccddee, Kell negativ, CMV-DNA nicht nachweisbar, Parvo B-19 negativ)

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

Besondere Antigene: _____

☐ 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:
