

Auftrag für die Entnahme von Eigenblut

Zentrum für Transfusionsmedizin Hagen
Feithstr. 184, 58097 Hagen
Tel.: 02331 807-0



Tel.: 02331 807-587 Fax: 02331 807-264
E-Mail: spendecenter.hagen@bsdwest.de

Patientendaten / Etikett

Bitte zutreffendes ankreuzen männlich weiblich

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße / Haus-Nr.	
PLZ / Wohnort	/
Vorwahl / Telefon-Nr.	/

Auftraggeber / Stempel

Diagnose:

Geplante Operation:

Voraussichtlicher Op-Termin:

Anforderung von Eigenblutkomponenten

1 Erythrozytenkonzentrat (49 Tage haltbar) + 1 Frischplasma, gefroren (365 Tage haltbar)

Anzahl der benötigten Präparate



1

2

3

4

Für das anfordernde Krankenhaus besteht Abnahmeverpflichtung!

Krankenhaus:

Abteilung:

zuständiger Arzt:

Straße / Haus-Nr.:

PLZ:

Ort.:

Vorwahl / Telefon: /

Vorwahl / Fax: /

.....
Datum

.....
Arztunterschrift

Leitung:

Dr. med. Robert Deitenbeck, Udo Fritz

Sitz der Gesellschaft: 40885 Ratingen
Amtsgericht Düsseldorf HRB 42977

Geschäftsführung: Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Zeiler, Dipl.-Kfm. Dr. Holger Praßel
Aufsichtsratsvorsitzender: Rainer Kaul, Mainz

Sparkasse HagenHerdecke IBAN DE36 4505 0001 0100 0406 59 SWIFT/BIC WELADE3H USt-IdNr. DE121633379