

Anforderung von Antigen-ausgetesteten Erythrozytenkonzentraten

Anforderung an Fax.-Nr.: 02331/807-151

Tel-Nr.: 02331/807-150

Kundennummer: _____

Stempel Krankenhaus/Praxis

Transfusionsdatum:

Selbstabholer am:

Tour am:

Patientendaten

(zwingend erforderlich)

Nachname: _____

Transfusionsbesteck: _____

Vorname: _____

Bedsidetest: _____

Geb. Datum: _____

männlich

☐

weiblich

☐**BESTRAHLT**☐

Anzahl: _____	CMV DNA nicht nachgewiesen ☐		
Diagnose:			
Blutgruppe (AB0, Rh-Formel, K):			
Antierythrozytäre Antikörper (z.B. Anti-):			
Negativ für folgende Antigene:			
Konservennummer:			