



Y27670400235494

- Chemnitz Dresden Plauen Berlin Cottbus
- Tel.: 0371/43220-78 0351/44508-530 03741/407-280 030/80681-212 0355/4995-191
- Fax: 0371/43220-73 0351/44508-690 03741/407-530 030/80681-290 0355/4995-178
- Görlitz Zwickau
- Tel.: 03581/3211-40 0375/5015-810
- Fax: 03581/3211-45 0375/5015-812

Nachforderung Blutprodukte:

Klinik / Praxis:	Patientendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum):
------------------	---

Anzahl

Benötigte Blutkonserven und –präparate

Dringlichkeitsvermerk

	Human-Erythrozytenkonzentrat (leukozytendepletiert)
	Human-Erythrozytenkonzentrat (gewaschen und leukozytendepletiert)
	Human-Erythrozytenkonzentrat (leukozytendepletiert und bestrahlt)
	Human-Thrombozytenkonzentrat (Apherese, leukozytendepletiert)
	Human-Thrombozytenkonzentrat (Pool, leukozytendepletiert)
	Gerinnungsaktives Human-Citratplasma (quarantänegelagert)
	Human-Mischblutkonserven zur Austauschtransfusion
	CMV neg. Präparat
	Sonstiges: _____

Für Transfusion am: _____
Uhrzeit: _____

Sofort (< 1 Std.)
Wenn fertig Tel.-Nr.: _____

„Ungekreuzt“

Damit bestätige ich, dass die Konservenabgabe vor Abschluss der serologischen. Verträglichkeitsuntersuchung lebensnotwendig ist.

Transport: Kurierfahrzeug DRK-BSD/Tour _____

Selbstabholung

Name des Bestellers:
bitte in Druckschrift ausfüllen

Station: Tel./App.:
für evtl. Rückfragen

Datum: Uhrzeit:

Stempel/Unterschrift des anfordernden Arztes