



1Y27670400125263

An: DRK-Blutspendedienst Ost, Institut für Transfusionsmedizin, Blutprodukteausgabe

Berlin Chemnitz Cottbus Dresden Görlitz Leipzig Plauen Zwickau

Fax-Nr.: 030/80681-290 0371/43220-73 0355/4995-178 0351/44508-690 03581/3211-45 0341/6565-384 03741/407-53 0375/50158-12
Tel.-Nr.: 030/80681-212 0371/43220-78 0355/4995-191 0351/44508-530 03581/3211-40 0341/6565-705 03741/407-28 0375/50158-10
(bei Rückfragen)

Von: Krankenhaus: _____ Name des Bestellers _____ Wir benötigen am: _____

| Blutgruppe | Erythrozytenkonzentrate | | | Therapeutisches Plasma quarantänegelagert | | Human-Albumin |
|------------|-------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| | leukozytendepletiert | Rezepturen Auswertungen | | <input type="checkbox"/> 200 ml | <input type="checkbox"/> 300 ml | |
| | Best. | Gel. | (z. B. Kell, CMV, Rh-Formel) | Best. | Gel. | |
| 0 | Rh pos | | | | |Stück 20% 50 ml |
| | Rh neg | | | | |Stück 20% 100 ml |
| A | Rh pos | | | | | Gerinnungskonzentrate |
| | Rh neg | | | | | |
| B | Rh pos | | | | |Stück PPSB 600 E |
| | Rh neg | | | | | |
| AB | Rh pos | | | | |Stück AT III 500 E |
| | Rh neg | | | | |Stück AT III 1.000 E |

Bemerkungen

Aufgenommen am /von _____ Lieferung bearbeitet von _____ Liefersch.-Nr. _____

Transport Kurierfahrzeug DRK-BSD/Tour: Selbstabholung Fremdtransport