



!Y27670400125781

**DRK-Blutspendedienst Nord-Ost gemeinnützige GmbH
Anforderungsschein Thrombozytenkonzentrate**

An das Institut

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Berlin
Tel.: 030/80681-212
Fax: 030/80681-290 | <input type="checkbox"/> Cottbus
0355/4995-191
0355/4995-178 |
| <input type="checkbox"/> Dresden
Tel.: 0351/44508-530
Fax: 0351/44508-690 | <input type="checkbox"/> Görlitz
03581/3211-40
03581/3211-45 |
| <input type="checkbox"/> Plauen
Tel.: 03741/407-280
Fax: 03741/407-530 | <input type="checkbox"/> Zwickau
0375/50158-10
0375/50158-12 |
| <input type="checkbox"/> Chemnitz
Tel.: 0371/43220-78
Fax: 0371/43220-73 | |

Barcodeaufkleber Lieferschein

Anforderungsschein:

Klinik/Arztpraxis

Patientenetikett oder Patientendaten

wenn Arztpraxis

KK des Patienten: _____

Anzahl

Leukozytendepletiertes Thrombozytenkonzentrat, gepoolt

Blutgruppe des Patienten

bestrahlt

Anzahl

Leukozytendepletiertes Thrombozytenkonzentrat, Apherese

Blutgruppe des Patienten

HLA-kompatibel

Achtung!

HLA-Präparate bitte rechtzeitig anmelden

CMV - negativ

bestrahlt

besondere Anforderungen

Transfusion am:

.....Uhr:

Transport:

Kurierfahrzeug DRK-BSD/Tour _____

Selbstabholung

Name des Bestellers:

bitte in Druckschrift ausfüllen

Station: Tel./App.:

für evtl. Rückfragen

Datum: Uhrzeit:

Stempel/Unterschrift d. anfordernden Arztes