



<input type="checkbox"/> Chemnitz	<input type="checkbox"/> Dresden	<input type="checkbox"/> Plauen	<input type="checkbox"/> Berlin	<input type="checkbox"/> Cottbus
Tel.: 0371/43220-78	0351/44508-530	03741/407-28	030/80681-212	0355/4995-191
Fax: 0371/43220-73	0351/44508-690	03741/407-53	030/80681-290	0355/4995-178

Anforderungsschein für:

bitte ausfüllen, ggf. Patientenetikett

Name, Vorname geb. am:

<input type="checkbox"/>	Leukozytendepletiertes Thrombozytenkonzentrat, gepoolt	<input type="text"/>
Anzahl		Blutgruppe des Patienten

<input type="checkbox"/>	bestrahlt
--------------------------	-----------

<input type="checkbox"/>	Leukozytendepletiertes Thrombozytenkonzentrat, Apherese	<input type="text"/>
Anzahl		Blutgruppe des Patienten

<input type="checkbox"/>	HLA-kompatibel	Achtung!	HLA-Präparate bitte rechtzeitig anmelden
--------------------------	----------------	-----------------	---

<input type="checkbox"/>	Anti-CMV negativ
--------------------------	------------------

<input type="checkbox"/>	bestrahlt
--------------------------	-----------

<input type="checkbox"/>	besondere Anforderungen
--------------------------	-------------------------------

Transfusion am:Uhr:

Abruf oder in Bereitschaft bitte vermerken!!!

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
