

BESTELLSCHEIN

Krankenhaus:	Lieferschein-Nr.:
---------------------	--------------------------

Anrufer:	zur Lieferung am:
mit Verteiler <input type="checkbox"/>	BSD-S.-Fahrt <input type="checkbox"/>
	Taxi <input type="checkbox"/>
	Selbstabholer <input type="checkbox"/>

Blutgruppen	negative Erys	A positiv	B positiv	0 positiv	AB positiv
leukozyten-depletierte Ery-konzentrate	A neg	CcDee	CcDee	CcDee	CcDee
		CCDee	CCDee	CCDee	CCDee
	B neg	CcDEe	CcDEe	CcDEe	CcDEe
		ccDEe	ccDEe	ccDEe	ccDEe
	0 neg	ccDee	ccDee	ccDee	ccDee
		ccDEE	ccDEE	ccDEE	ccDEE
	AB neg				

(NACHNAME) für Patient:	Krankenkasse:
-----------------------------------	----------------------

VORNAME)
Kreuzung:

<input type="checkbox"/>	Kreuzblut Abholung
<input type="checkbox"/>	Abholung

Blutgruppen Thrombozyten	A +	A neg	B +	B neg	0 +	0 neg	AB +	AB neg

Blutgruppen GFP / Q-Plasma	A positiv	B positiv	0 positiv	AB positiv

Lütjensee/Schleswig, den _____ **Unterschrift:** _____