

An den
DRK-Blutspendedienst Nord-Ost gGmbH
Institut für Transfusionsmedizin Lütjensee
Hamburger Str. 24, 22952 Lütjensee

Institutsleiter: Prof. Dr. med. Jürgen Ringwald

Leiterin der Herstellung: Dr. med. Bettina Lizardo
Tel.: 04154/8073-0, Fax: 04154/8073-2819, E-Mail: info@blutspende-nordost.de;

Auftrag für die Entnahme, Präparation und Kryokonservierung von autologen Serumaugentropfen

Patientendaten (ggf. Etikett aufkleben)

Name, Vorname:

geb. am:

PLZ/Ort/Straße:

Anfordernde Klinik:

Diagnose:

Wir bitten um die Herstellung von

- 10 Serumaugentropfenapplikatoren a 1,5 ml*
- 34 Serumaugentropfenapplikatoren a 1,5 ml*
- 70 Serumaugentropfenapplikatoren a 1,5 ml*
- 106 Serumaugentropfenapplikatoren a 1,5 ml*

Die Präparate werden (bitte nur **einen Unterpunkt** auswählen und vollständig ausfüllen)

- im **stationären/ambulanten Bereich** nur unter der direkten Verantwortung des Arztes angewendet (Abgabe und Rechnungserstellung gehen an die Einrichtung der Krankenversorgung, die Kostenübernahme wird mit der Anforderung bestätigt)

Lieferung an Klinik: _____, Station: _____, Tel.: _____

- durch den Patienten in **Heimselfbehandlung** appliziert.

Abgabe erfolgt an folgende Apotheke: _____

Eine Kostenübernahmeerklärung durch die _____
Krankenkasse

wurde durch _____ beantragt und genehmigt* / nicht genehmigt*.

Bitte Kassenrezept zur Abholung für die Apotheke ausstellen!

Datum:

Stempel und Unterschrift des anfordernden Arztes:

Bei Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse übernehme

ich die kompletten Kosten. (Ohne Kostenübernahme durch Einrichtung der Krankenversorgung, Krankenkasse oder Patient kann keine Herstellung der Präparate erfolgen.)

Datum und Unterschrift des Patienten:

* zutreffendes bitte ankreuzen

Bitte Rückseite beachten!

Die Voruntersuchung des Spenders und die Blutentnahme erfolgen in folgenden Einrichtungen. Bitte vereinbaren Sie telefonisch einen Termin!

- ☐ Institut für Transfusionsmedizin Lütjensee, Hamburger Straße 24

Termin im ITM Lütjensee_____

(Terminvereinbarung unter der Nummer 04154/8073-0 Mo-Do 8-16 Uhr, Fr 8-15 Uhr)

- ☐ Institut für Transfusionsmedizin Schleswig, Rote-Kreuz-Weg 5

Termin im ITM Schleswig_____

(nur auf Anfrage)