

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](mailto: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 **Heimselbstbehandlung** 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)