



An das Institut

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

Barcodeaufkleber Lieferschein

Anforderungsschein:

Klinik/Arztpraxis

Patientenetikett oder Patientendaten

wenn Arztpraxis KK des Patienten: _____

Leukozytendepletiertes Thrombozytenkonzentrat, gepoolt

bestrahlt

Blutgruppe des Patienten

Leukozytendepletiertes Thrombozytenkonzentrat, Apherese

HLA-kompatibel

Achtung! HLA-Präparate bitte rechtzeitig anmelden

CMV - negativ

bestrahlt

besondere Anforderungen

Transfusion am:

Datum: Uhrzeit:

Transport: Kurierfahrzeug DRK-BSD / Tour _____ Selbstabholung

Name des Bestellers:
bitte in Druckschrift ausfüllen

Station: Tel. / App.:
für evtl. Rückfragen

Datum: Uhrzeit:

Stempel/Unterschrift des anfordernden Arztes