!Y27670400125781

DRK-Blutspendedienst Nord-Ost gemeinnützige GmbH

Anforderungsschein Thrombozytenkonzentrate

Barcodeaufkleber Lieferschein

An das Institut

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

Anforderungsschein:

Klinik/Arztpraxis

Patientenetikett oder Patientendaten

wenn Arztpraxis KK des Patienten:_____

☐ Anzahl **Leukozytendepletiertes Thrombozytenkonzentrat, gepoolt** ☐ Blutgruppe des Patienten

☐ bestrahlt

☐ Anzahl **Leukozytendepletiertes Thrombozytenkonzentrat, Apherese** ☐ Blutgruppe des Patienten

☐ 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