

An den
DRK-Blutspendedienst Nord-Ost gGmbH
Institut für Transfusionsmedizin Chemnitz
Zeisigwaldstr. 103, 09130 Chemnitz

Ärztlicher Leiter: Dr. med. Andreas Karl
Tel.: 0371/4322031, Fax: 0371/4322033
a.karl@blutspende.de

Leiterin der Herstellung: Dr. medic G. Mitrut
Tel.: 0371/43220-80/-34 • Fax: 0371/43220-33 • E-Mail: serumaugentropfen@blutspende.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 Rezept zur Abholung für die Apotheke ausstellen!

- ☐ Die Diagnose bei dem o. g. Patienten erfordert einen **sofortigen Therapiebeginn**. Auf das Ergebnis der Sterilitätstestung (die in jedem Falle vollständig durchgeführt wird) kann aus diesem Grund nicht gewartet werden. Der Patient wird durch den anfordernden Arzt darüber aufgeklärt.*

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:

Bitte Rückseite beachten!

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

☐ **Institut für Transfusionsmedizin Berlin, Hindenburgdamm 30 A**

(möglichst montags bis donnerstags zwischen 08.00 Uhr und 14.00 Uhr)

Termin ITM Berlin _____

(in Absprache mit der Entnahme 030/80681-351 oder -350 montags bis freitags 08.00 Uhr bis 18.00 Uhr)

☐ **Institut für Transfusionsmedizin Chemnitz, Zeisigwaldstraße 103:**

(möglichst dienstags oder donnerstags zwischen 7.30 Uhr und 11.00 Uhr)

Termin im ITM Chemnitz _____

(in Absprache mit dem Arzt: 0371/43220 -80 oder -34 bzw. E-Mail: serumaugentropfen@blutspende.de)

Termin im Blutspendezentrum Leipzig _____

Prager Str. 13-15, 04103 Leipzig

(in Absprache mit dem Arzt: 0371/43220 -80 oder -34 bzw. E-Mail: serumaugentropfen@blutspende.de)

☐ **Institut für Transfusionsmedizin Cottbus, Thiemstraße 105**

Termin im ITM Cottbus _____

(in Absprache mit der leitenden Schwester: 0355/49950)

☐ **Institut für Transfusionsmedizin Dresden, Blasewitzer Str. 68/70 (möglichst vormittags)**

Termin im ITM Dresden: _____

(in Absprache mit Frau Dr. M. Wohsmann (Tel. 0351/44508500 E-Mail: m.wohsmann@blutspende.de)

☐ **Institut für Transfusionsmedizin Lütjensee, Hamburger Straße 24**

Termin im ITM Lütjensee _____

(Terminvereinbarung unter der Nummer 04154/80730 Mo-Do 8-16 Uhr, Fr 8-15 Uhr)

☐ **Institut für Transfusionsmedizin Plauen, Röntgenstr. 2a**

Termin im ITM Plauen: _____

(in Absprache mit dem diensthabenden Arzt: 03741/407320)

☐ **Institut für Transfusionsmedizin Potsdam, Charlottenstraße 72, Haus 1**

Termin im ITM Potsdam _____

(in Absprache mit dem diensthabenden Arzt: 0331/2846-101 oder -100

Mo. und Fr. 7.00-19.00 Uhr, Di., Mi., Do. 12.00-19.00 Uhr)

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

Termin im ITM Schleswig _____

(Auf Anfrage: 04621/96740)