

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## Anforderung von Blutkonserven

**Blutdepot Haemoservice Stuttgart**  
**Dr./Univ. Turin A. Schabel - Stefan Kath**  
 Ärzte für Transfusionsmedizin  
 Hackstrasse 61 · 70190 Stuttgart  
 Tel. 0711/2 84 60 93

Bitte immer zusammen mit Überweisung (Laborauftrag)  
 und Rezept (für Blutkomponenten)!

### Diagnose/Klinische Angaben:

---



---

Probeentnahme: \_\_\_\_\_ Transfusionstermin: \_\_\_\_\_  
 (Datum/Uhrzeit)

### Blutkomponenten (einschließlich Verträglichkeitsprobe):

- ..... x Erythrozytenkonzentrat SAGM - leukozytenarm
- ..... x Thrombozytenkonzentrat - leukozytenarm (gepoolt)
- ..... x Thrombozytapheresekonzentrat (Zellseparation), HLA-typisiert
- ..... x Gefrorenes Frischplasma

- Anti-CMV negativ
- bestrahlt

Stempel / Unterschrift Arzt

**Für diese Anforderung ist der  
 unterzeichnende Arzt verantwortlich!**

---



---



---