

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten.	Arzt-Nummer	Datum

Anforderung von Blutkonserven

Dr./Univ. Turin A. Schabel - Dr. med. S. Mühlshlegel
 Ärztinnen für Transfusionsmedizin

Blutdepot Haemoservice

Standort Stuttgart: Tel. 0711 / 2846-093, Fax 2639-2447
 Standort Heilbronn: Tel. 07131 / 6492525, Fax 6492519

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

Diagnose / Klinische Angaben / Transfusionsanamnese:

Bereitstellung von Blutkomponenten

Lieferung von Blutkomponenten:

..... x Erythrozytenkonzentrat SAGM - leukozytenarm

Anti-CMV negativ

..... x Thrombozytenkonzentrat - leukozytenarm (gepoolt)

bestrahlt

..... x Thrombozytapheresekonzentrat (Zellseparation), HLA-typisiert

Stempel / Unterschrift Arzt

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

Probeentnahme: _____
 (Datum/Uhrzeit)

Unterschrift entnehmende Person: _____

Transfusionstermin: _____
 (Datum/Uhrzeit)