

Sonnen-Gesundheitszentrum
 Blutdepot
 Sonnenstraße 27
 80331 München
 Telefon: 089 18 94 666-20
 Fax: 089 18 94 666-22

Lieferscheinanschrift:

Konservenlieferung an:

Rechnungsanschrift:

Anforderung von Blutkomponenten

BG	Erythrozytenkonzentrat, leukozytendepletiert		Gefrorenes Frischplasma	Thrombozyten- konzentrat (TK)	Bemerkungen
	Anzahl Rh pos.	Anzahl Rh neg.	Anzahl	Anzahl	
0					
A					
B					
AB					

Zusätzliche Anforderungen:

- a-CMV neg. Volumen des portionierten Präparates: _____
- Bestrahlung Deplasmatisiertes TK

Bei Besonderheiten, wie Blutgruppenantikörper, HLA- oder HPA-Antikörpern, bestrahlte Präparate, portionierte Präparate bitte Patientendaten angeben:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Blutgruppe: _____

Antierythrozytäre Antikörper der Spezifität: _____

HLA-kompatibel: HLA-Status: A ___/___ B ___/___

Dringlichkeit:

- regulär (Tour) eilig (innerhalb von _____ Stunden) Notfall (< _____ Stunden)

Transport durch:

- Haema AG Fremdunternehmen _____

 Unterschrift der anfordernden Person

 Datum