

Anforderungsschein für Spezialpräparationen

**An die Einrichtung für Transfusionsmedizin
am Universitätsklinikum Halle (Saale)**

Bereich Vertrieb

FAX: (0345) 557- 5678

Fax weitergeleitet an Bereich BV (Datum/Signum MA VT):
--

Rückfax von Bereich BV an Klinik (Datum/Signum MA BV):
--

Anforderung von:

(nur nach telefonischer Absprache mit Bereich Herstellung: Tel. 557-5661)

Gewünschte Produkte ankreuzen			
<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	allogen	<input type="checkbox"/>	Periphere Blutstammzellen, frisch
<input type="checkbox"/>	autolog	<input type="checkbox"/>	Periphere Blutstammzellen, kryokons.
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Donor Lymphozyten, frisch
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Donor Lymphozyten, kryokonserviert
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	KM, frisch
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	KM, kryokonserviert
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	hMSC, frisch
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	hMSC, kryokonserviert
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Spenderdaten (nur bei allogenen Produkten)	Empfängerdaten
Nichtverwandte Spender: Spender-ID: Verwandte Spender: Name, Vorname: Geb.-Datum:	Name: Geb.-Datum: Straße: PLZ/Wohnort: <div style="text-align: right; padding-right: 20px;">Empfängeretikett</div>
	Größe (in cm): Gewicht (in kg):

Bitte liefern Sie angekreuztes(e) Präparat(e) auf Station:	Konservennummer:	Zellzahl pro kgKG
	Retransfusion geplant für: Datum und Uhrzeit	Zellzahl absolut

Bitte als Bestätigung des Erhalts diese Anforderung als FAX senden an Fax-Nr.:

Datum:	Unterschrift des Arztes:	Station:	Telefon: Fax:
--------	--------------------------	----------	------------------

Transport durch: _____

Begleitung: ja nein