



## Ärztliche Verordnung von Erythrozytenkonzentraten (Rezept)

### Patient

Aufkleber mit lesbarem Barcode\*

Name  
Geburtsdatum  
Nummer  
Geschlecht  
Anschrift  
Kostenträger

### Einsender

Aufkleber\*

Kostenstelle / Barcode

Telefonnummer

Diagnose\*: .....  Sichelzellerkrankheit  Thalassämie

Therapie mit Daratumumab

Therapie mit anderen Biologika .....

**Blutgruppe\*:** AB0/ Rh .....

**Bekannte Alloantikörper\*:** .....

Spenderblutgruppe bei hämatopoetisch allogenen transplantierten Patienten: .....

Proben-Abnahmedatum: ..... Zeit: .....

### Bitte liefern Sie:

**Notfall ungekreuzt**

**Telefonische Anmeldung: CVK: 553 198 bzw. CCM: 525 256**

Dringend (innerhalb von 2- 4 Stunden)

Operation läuft (Sofortbearbeitung)

auf Abruf (72 Stunden gültig)

zum: ..... Lieferung an: .....

### Anzahl

..... Erythrozytenkonzentrat(e)  
6 ml EDTA-Blut

Bestrahlt (30 Gy)  2 Babybeutel  4 Babybeutel (nur bei langfristiger Transfusionsindikation)

**Besonderes:** (z. B. CMV-Status, vorhersehbar langzeitige Transfusionsbehandlung:  
.....  
.....

.....  
Datum\*

.....  
Name u. Unterschrift<sup>1</sup>  
der abnehmenden Person

.....  
Vor- und Zuname u. Unterschrift<sup>2</sup>  
des anfordernden Arztes

\* unbedingt erforderliche Angaben, Blutproben können nur bei vollständigen Angaben untersucht werden!

<sup>1/2</sup> Die Identität der Blutprobe wird bestätigt. Die Verordnung von Blutkomponenten ist eine **ärztliche Tätigkeit**.