

**ZTB | Zentrum für Transfusionsmedizin und Zelltherapie Berlin gGmbH**  
**Campus Charité Mitte**  
Charitéplatz 1  
10117 Berlin  
Tel. 030 450 525 123 | Fax 030 450 525 909  
Rohrpostanschluss 1202  
**Campus Virchow-Klinikum**  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin  
Tel. 030 450 553188 | Fax 030 450 553 988  
Telelift 0-10-900; Rohrpost 41



**Zentrum für Transfusionsmedizin und Zelltherapie Berlin**

Ein Gemeinschaftsunternehmen der  
Charité – Universitätsmedizin Berlin und  
des DRK-Blutspendedienstes Nord-Ost

**Ärztlicher Zentrumsdirektor**  
Prof. Dr. med. Axel Pruß  
Mail: axel.pruss@charite.de

## Ärztliche Verordnung von Thrombozytenkonzentraten (Rezept)

### Patient

Aufkleber mit lesbarem Barcode\*  
Name  
Geburtsdatum  
Nummer  
Geschlecht  
Anschrift  
Kostenträger

### Einsender

Aufkleber\*  
Kostenstelle / Barcode  
Telefonnummer

**Diagnose\*:** .....

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

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

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

### Bitte liefern Sie:

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

Dringend (innerhalb von 2- 4 Stunden)

zum: .....      Lieferung an: .....

### Anzahl

..... Thrombozytapheresekonzentrat(e)      aktuelle Thrombozytenzahl: .....

Indikation für Apherese-TK vorhanden\*       Bestrahlt (30 Gy)       HLA-selektiert\*\*

Portioniert in 2 Babybeutel

\* gemäß Indikationsliste (Anlage M, QM-Handbuch zur Hämotherapie, Version 2016)

\*\* 10 ml Nativblut und 30 ml EDTA-Blut erforderlich (Test auf HLA-Klasse-I- und thrombozytäre Ak)

**Besonderes:** (z. B. CMV-Status).....

.....  
Datum\*

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

.....  
Name, Stempel und Unterschrift<sup>2</sup>  
des anfordernden Arztes

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

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