



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

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. Unterschrift¹
der abnehmenden Person

.....
Name, Stempel und Unterschrift²
des anfordernden Arztes

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

^{1/2} Die Identität der Blutprobe wird bestätigt. Die Verordnung von Blutkomponenten ist eine **ärztliche Tätigkeit**.