

**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 1106
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 Blutkomponenten (Rezept) NOTFALL-/MASSIVTRANSFUSION

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

Anzahl

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

..... Frischplasma, gefroren

CMV-Antikörper negativ

Bestrahlt (30 Gy)

Besonderes:

.....
Datum*

.....
Name u. Unterschrift¹
der abnehmenden Person

.....
Vor- und Zuname u. 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**.