



Zentrum für Transfusionsmedizin und Zelltherapie Berlin  
Ärztlicher Zentrumsdirektor: Prof. Dr. med. Axel Pruß  
Eigenblutspende Campus Charité Mitte (CCM)  
Leitung: PD Dr. med. Ulrich Kalus  
Stellvertretende Leitung: Dr. med. Yvonne Tauchmann  
Leitende Schwester: Heike Link  
Luisenstr. 7, 10117 Berlin  
Telefon: +49 30 450 525 166  
Fax: +49 30 450 525 906

Terminvergabe: Do. 8:00 Uhr – 11:00 Uhr  
Mo. Di. Mi. Fr. geschlossen

## Auftrag zur Eigenblutspende

Familienname/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Dienstlich: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Stationäre Aufnahme: \_\_\_\_\_ Operationstermin: \_\_\_\_\_

Voraussichtlich benötigte Blutkonserven: \_\_\_\_\_

Klinik/Krankenhaus: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Klinikarztes

---

### Beurteilung des Hausarztes / behandelnden Arztes ( **wenn möglich** )

	Ja	nein
1. Erlaubt der Zustand des Patienten die Entnahme von 500ml Blut	_____	_____
2. Liegt eine Kreislaufstörung vor	_____	_____
3. Liegt eine pulmonale Erkrankung vor	_____	_____
4. Liegt eine cerebrale Durchblutungsstörung vor	_____	_____
5. Liegt eine Herzrhythmusstörung vor	_____	_____
6. Liegt eine Gerinnungsstörung vor	_____	_____

\_\_\_\_\_  
Name des behandelnden Arztes