



Bereitstellung von Eigenblutkonserven

Kliniken NN

Öffnungszeiten:

vorherige Terminabsprache erforderlich: Tel.

Bereitstellung von Eigenblutkonserven

Anfordernde Klinik:

Station:

Klinikerarzt:

Telefon

Anzahl der benötigten Erythrozytenkonzentrate:

Anzahl der eventuell benötigten Frischplasmen:

Personalien des Spenders

Name, Vorname Geburtsdatum:

Anschrift:

Krankenkasse:

Diagnosen:

Operativer Eingriff:

Voraussichtlicher OP-Termin:

Risikofaktoren (falls vorhanden) bitte unterstreichen:

Beim Spender liegen keine Risikofaktoren betreffend Eigenblutspende vor.
Infektiöse Konserven (HIV, HBsAg, HCV, TPHA) werden vernichtet.

Ort, Datum

Unterschrift des Klinikarztes