

Bitte per E-Mail senden an: vertrieb-hagen@bsdwest.de

Zentrum: Bad Kreuznach, Burgweg 5-7, 55543 Bad Kreuznach Hagen, Feithstr. 184, 58097 Hagen
 Breitscheid, Linneper Weg 1, 40885 Ratingen Münster, Sperlichstr. 15, 48151 Münster

Patientendaten (oder Adressette)		Bitte unbedingt angeben!	
Name	_____	Station	_____ Tel. Nr. _____
Vorname	_____	Blutgruppe	_____ Rh Formel _____
Geburtsdatum	_____	Besonderheiten:	_____
Transfusion geplant am:	_____	Uhrzeit:	_____ <input type="checkbox"/> Notfall

Herstellungsauftrag Baby-EK (Gefiltertes Erythrozytenkonzentrat – W, 40 ml) im Notfall:
 Anzahl „Baby-Pack*1“: _____ (Standardpräparat: Blutgruppe 0 Rh D neg (ccdde), Kell neg., CMV-DNA nicht nachgewiesen, Parvovirus B19-Status negativ, Spender ohne Medikamenteneinnahme)
 *1 Baby-Pack = 4 – 6 Babybeutel (à 40 ml), die aus einem Erythrozytenkonzentrat (Mutterkonserve) gewonnen werden

Rezeptur	bestrahlt	CMV-DNA nicht nachgewiesen	Parvo B19 negativ	Anzahl
Gefiltertes Erythrozytenkonzentrat, gewaschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gewaschenes Thrombozytenkonzentrat N	<input type="checkbox"/>			
Gefiltertes, gewaschenes Erythrozytenkonzentrat aus Kryokonservierung				
Erythrozytenkonzentrat HKT >75%, bestrahlt *2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*2 **Standardpräparat:** Blutgruppe 0 Rh D neg (ccdde), Kell neg., ca. 90 ml
 ggf. abweichend AB0/RhD/-Formel/K - nur bei begründeter Indikation: Präparateauswahl durch anfordernden Dienstarzt des DRK BSD West → Angabe der Konservennummer erforderlich: _____

Austauschkonserven, bestrahlt *3
 Anzahl der herzustellenden Konserven *4: 1 2 3 andere Anzahl: _____
 HKT-Standard: 60 l/l, bei abweichender Anforderung: _____ l/l

*3 für Rheinland-Pfalz / Saarland gilt: siehe gesonderte Regelung gemäß DOK-1068-B (wegen verlängerter Transportzeiten)
 *4 vom transfundierenden/r Arzt / Ärztin zu ermitteln. Eine Austauschkonserven, bestrahlt hat ein Mindestvolumen von 235 ml

evtl. weitere Antigene: _____ vorhandene Antikörper: Anti-_____

Art des Transportes:
 über Tour am: _____ Transport über: _____
Durch Klinik / Praxis veranlasst

Ankunft am Transportziel bis spätestens (Uhrzeit): _____

Immunhämatologische Untersuchung:
 Krankenhaus DRK Blutspendedienst

Datum: _____

Bestellender Arzt: _____
(Name bitte in Druckschrift)

Unterschrift des Arztes: _____

Stempel
Krankenhaus/ Abteilung/ Praxis

Wird vom DRK Blutspendedienst ausgefüllt:

Bestrahlungsnummer: _____ Lieferscheinnummer: _____

Nr.	Konserven-/Servicenummer (vom Etikett)	Nr.	Konserven-/Servicenummer (vom Etikett)	Nr.	Konserven-/Servicenummer (vom Etikett)
1		2		3	
4		5		6	

oder: durch den Vertrieb HA ein geeignetes Präparat aus dem Bestand heraussuchen lassen

_____ Datum _____ Uhrzeit _____ Unterschrift DA und/oder Mitarbeiter Vertrieb