

### GEWÜNSCHTE ANFORDERUNG

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Informationen</b> über Präparate (wird durch CTC per Fax zugestellt)<br><br><input type="checkbox"/> <b>Auslieferung am</b> (TT.MM.JJ HH:MM): _____ <b>Ort:</b> _____ | <input type="checkbox"/> <b>Rekonstitution</b> von Präparaten<br><br><b>Transport</b> durch: <input type="checkbox"/> CTC-Kurier <input type="checkbox"/> Anfordernden |
|---|--|

<b>VON:</b> <b>Arzt</b> (behandelnd/anfordernd): _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">Name bitte leserlich</div> <b>Klinik/Abteilung/Praxis:</b> _____  <b>Telefon/FAX/Pieper:</b> _____
--

#### ART DES PRODUKTS

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutstammzellen | <input type="checkbox"/> Spenderlymphozyten | <input type="checkbox"/> Knochenmark |
|--|---|--------------------------------------|

#### GEWÜNSCHTE CHARGEN/BEUTEL (nur bei Auslieferung)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> alle vorhandenen Präparate der Charge/n: | <input type="checkbox"/> nur die Präparate mit der/den Chargenbezeichnung/en |
|---|--|

_____ bitte Charge eintragen	_____ bitte Charge eintragen	_____ bitte Charge eintragen	_____ bitte Charge eintragen
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

**ENTSPRICHT ZELLMENGE/KG KG:** \_\_\_\_\_ **x 10** — **ZELLTYP:** \_\_\_\_\_

#### PRODUKT AUSLIEFERN ALS:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kryokonserviertes Präparat | <input type="checkbox"/> Frisches/rekonstituiertes Präparat | <input type="checkbox"/> Andere: _____            |
| <input type="checkbox"/> Autologer Spender          | <input type="checkbox"/> Familienspender                    | <input type="checkbox"/> Register-(Fremd-)Spender |

EMPFÄNGER/PATIENT				
_____ <small style="text-align: center;">Name, Vorname und/oder Patienten ID</small>				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">_____</td> <td style="width: 40%;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Geburtsdatum</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Station</td> </tr> </table>	_____	_____	Geburtsdatum	Station
_____	_____			
Geburtsdatum	Station			
<b>Diagnose:</b> _____				
<b>Körpergewicht:</b> _____ <b>kg</b> <small style="text-align: center;">unbedingt aktuelles Gewicht angeben</small>				
<b>Blutgruppe:</b> _____ <small style="text-align: center;">AB0, Rh</small>				

SPENDER
_____ <small style="text-align: center;">Name, Vorname und/oder Spender ID</small>
_____ <small style="text-align: center;">Geburtsdatum</small>
<b>Blutgruppe:</b> _____ <small style="text-align: center;">AB0, Rh</small>

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

WIRD VOM CTC AUSGEFÜLLT UND SOFORT ZURÜCKGEFAXT:	
<input type="checkbox"/> Anforderung geprüft (von SP oder LQK)	Datum:..... Unterschrift:.....
<input type="checkbox"/> Angeforderte Präparate vorhanden/visuell o.B.	Datum:..... Unterschrift:.....
<input type="checkbox"/> Ausgabe vorbereitet (im Ausgabekalender eingetragen)	Datum:..... Unterschrift:.....