

GEWÜNSCHTE ANFORDERUNG

Informationen über Präparate (wird durch CTC per Fax zugestellt) **Rekonstitution** von Präparaten

Auslieferung am _____ **Ort:** _____ **Transport** durch: CTC-Kurier Anfordernden
(TT.MM.JJ HH:MM): _____

VON:
Arzt (behandelnd/anfordernd): _____
Name bitte leserlich

Klinik/Abteilung/Praxis: _____

Telefon/FAX/Pieper: _____

ART DES PRODUKTS

Blutstammzellen Spenderlymphozyten Knochenmark

GEWÜNSCHTE CHARGEN/BEUTEL (nur bei Auslieferung)

alle vorhandenen Präparate der Charge/n: **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:

Kryokonserviertes Präparat Frisches/rekonstituiertes Präparat Andere: _____

Autologer Spender **Familienspender** **Register-(Fremd-)Spender**

EMPFÄNGER/PATIENT

_____ Name, Vorname und/oder Patienten-ID

_____ Geburtsdatum _____ Station

Diagnose: _____

Körpergewicht: _____ kg **Blutgruppe:** _____
aktuelles Gewicht angeben AB0, Rh

SPENDER

_____ Name, Vorname und/oder Spender-ID/GRID

_____ Geburtsdatum

Körpergewicht: _____ kg **Blutgruppe:** _____
falls bekannt AB0, Rh

Die CTC Aufklärung zum Datenschutz auf <https://www.mhh.de/institute-zentren-forschungseinrichtungen/institut-fuer-zelltherapeutika/cellular-therapy-centre-ctc/datenschutzerklaerung> habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen

Bemerkungen: _____

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

WIRD VOM CTC AUSGEFÜLLT UND SOFORT ZURÜCKGEFAXT:

Anforderung geprüft (von SP oder LQK) Datum:..... Unterschrift:.....

Angeforderte Präparate vorhanden/visuell o.B. Datum:..... Unterschrift:.....

Ausgabe vorbereitet (im Ausgabekalender eingetragen) Datum:..... Unterschrift:.....