

**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:.....