Zentrum für Transfusionsmedizin und Zelltherapie Berlin
Ein Gemeinschaftsunternehmen der Charité – Universitätsmedizin Berlin und des DRK-Blutspendedienstes Nord-Ost
Ärztlicher Zentrumsdirektor
Prof. Dr. med. Axel Pruß
E-Mail: axel.pruss@charite.de

Campus Charité Mitte | CCM
Charitéplatz 1 | 10117 Berlin
Tel. 030 450 525 123
Fax 030 450 525 909
Rohrpostanschluss 1202

Campus Virchow-Klinikum | CVK
Augustenburger Platz 1 | 13353 Berlin
Tel. 030 450 553 188
Fax 030 450 553 988
Rohrpostanschluss 41
Telelift: 0-10-900

ÄRZTLICHE VERORDNUNG VON BLUTKOMPONENTEN (REZEPT)
NOTFALL- /MASSIVTRANSFUSION

Patient

Aufkleber mit lesbarem Barcode*

Name
Geburtsdatum
Nummer
Geschlecht
Anschrift
Kostenträger

Einsender

Aufkleber*

Kostenstelle / Barcode

Telefonnummer

Diagnose*: .....

Blutgruppe*: AB0/ Rh ..... **Bekannte Alloantikörper*:** .....

Spenderblutgruppe bei hämatopoetisch allogen transplantierten Patienten: .....

Proben-Abnahmedatum: ..... Zeit: .....

Bitte liefern Sie:

☐ **Notfall ungekreuzt** **Telefonische Anmeldung:** ***CVK:* 553 198** **bzw.** ***CCM:* 525 256**

Anzahl

..... Erythrozytenkonzentrat(e)
6 ml EDTA-Blut

..... Thrombozytenapheresekonzentrat(e)

..... Frischplasma, gefroren

☐ **Bestrahlt (25 Gy)**

Besonderes: (z. B. CMV-Status, vorhersehbar langzeitige Transfusionsbehandlung)

.....

.....	.....	.....
Datum*	Name u. Unterschrift[1] der abnehmenden Person	Name, Stempel und Unterschrift[2] des anfordernden Arztes

* unbedingt erforderliche Angaben, Blutproben können nur bei vollständigen Angaben untersucht werden!

[1/2] Die Identität der Blutprobe wird bestätigt. Die Verordnung von Blutkomponenten ist eine **ärztliche Tätigkeit**.

Anlage C zu SOP-Nr. BS-001 | Version 2, gültig ab: 01.08.2025 | Seite 1 von 1
Geltungsbereich: Charité / ZTB | Erstellung: Bernard Schroeter M.A. | Überprüfung: Dr. T. Bartolmäs, Dr. B. Assefa, PD Dr. B. Mayer | Freigabe: Prof. Dr. A. Pruß