



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 ERYTHROZYTENKONZENTRATEN (REZEPT)

### Patient

Aufkleber mit lesbarem Barcode\*

Name  
Geburtsdatum  
Nummer  
Geschlecht  
Anschrift  
Kostenträger

### Einsender

Aufkleber\*

Kostenstelle / Barcode  
Telefonnummer

Diagnose\*: .....  Sichelzellkrankheit  Thalassämie

Therapie mit Daratumumab  Therapie mit anderen Biologika .....

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

Spenderblutgruppe bei hämatopoetisch allogenen transplantierten Patienten: .....

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

### Bitte liefern Sie:

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

Dringend (innerhalb von 2- 4 Stunden)     Operation läuft (Sofortbearbeitung)

auf Abruf

zum: ..... Lieferung an: .....

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

**Bestrahlt (25 Gy)**     **2 Babybeutel**     **4 Babybeutel (nur bei langfristiger Transfusionsindikation)**

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

.....

.....

Datum\*

Name u. Unterschrift<sup>1</sup>  
der abnehmenden Person

Name, Stempel und Unterschrift<sup>2</sup>  
des anfordernden Arztes

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

<sup>1/2</sup> Die Identität der Blutprobe wird bestätigt. Die Verordnung von Blutkomponenten ist eine **ärztliche Tätigkeit**.