



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 GEFRORENEM FRISCHPLASMA (REZEPT)

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 allogenen transplantierten Patienten:

Bitte liefern Sie:

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

☐ Dringend (innerhalb von 2- 4 Stunden)

☐ zum: Lieferung an:

Anzahl

..... Frischplasma, gefroren

Besonderes:

.....

.....
Datum*

.....
Name u. Unterschrift¹
der abnehmenden Person

.....
Name, Stempel und Unterschrift²
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**.