



## ÄRZTLICHE VERORDNUNG VON THROMBOZYTENKONZENTRATEN (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

..... Thrombozytenapheresekonzentrat(e)      aktuelle Thrombozytenzahl .....

- Indikation für Apherese-TK vorhanden\*<sup>1</sup>       Bestrahlt (25 Gy)
- Portioniert in 2 Babybeutel       HLA-selektiert (bei bekannten HLA-Kl. I- oder HPA-Antikörpern)

\*<sup>1</sup> gemäß Indikationsliste (Anlage M, QM-Handbuch zur Hämotherapie, Version 2016)

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

.....

.....  
Datum\*

.....  
Name, Stempel und Unterschrift<sup>1</sup>  
des anfordernden Arztes

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

<sup>1</sup> Die Verordnung von Blutkomponenten ist eine **ärztliche Tätigkeit**.