



# Bestellformular Blutprodukte

## Gerichtete Patientenbestellung

<b>Besteller</b> Bestellung von: _____ E-Mail: _____ Tel: _____ Bestelldatum: _____																								
<b>Patient:in</b> Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Patientennummer: _____ Diagnose: _____																								
<b>Produkte</b> Gewünschtes Produkt: <input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat (EK) <input type="checkbox"/> Thrombozytenkonzentrat (TK) Anzahl gewünschte Produkte: _____ Antigen-Bestimmung durch IRB (kostenpflichtig): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bestrahlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <b>Bei EK-Bestellungen</b> ABO-Blutgruppe: _____ Rh-Phänotyp/Kell: _____ Nachgewiesene Antikörper: _____ Zu berücksichtigende Antigene (inkl. Rh Phänotyp/ Kell): <table><tr><td><input type="checkbox"/> Rh D-</td><td><input type="checkbox"/> M-</td><td><input type="checkbox"/> K-</td><td><input type="checkbox"/> Lu(a)-</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> C-</td><td><input type="checkbox"/> N-</td><td><input type="checkbox"/> k-</td><td><input type="checkbox"/> Lu(b)-</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> c-</td><td><input type="checkbox"/> S-</td><td><input type="checkbox"/> Kp(a)-</td><td><input type="checkbox"/> Le(a)-</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> E-</td><td><input type="checkbox"/> s-</td><td><input type="checkbox"/> Kp(b)-</td><td><input type="checkbox"/> Le(b)-</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> e-</td><td><input type="checkbox"/> Fy(a)-</td><td><input type="checkbox"/> Jk(a)-</td><td><input type="checkbox"/> P1-</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Cw-</td><td><input type="checkbox"/> Fy(b)-</td><td><input type="checkbox"/> Jk(b)-</td><td><input type="checkbox"/> sonstige: _____</td></tr></table> <b>Bei TK-Bestellungen:</b> HLA Typisierung: A: _____ B: _____ Aktuelle HLA Klasse 1 Antikörper: <input type="checkbox"/> siehe Beilage  Sonstige Bemerkungen/ Anforderungen: _____	<input type="checkbox"/> Rh D-	<input type="checkbox"/> M-	<input type="checkbox"/> K-	<input type="checkbox"/> Lu(a)-	<input type="checkbox"/> C-	<input type="checkbox"/> N-	<input type="checkbox"/> k-	<input type="checkbox"/> Lu(b)-	<input type="checkbox"/> c-	<input type="checkbox"/> S-	<input type="checkbox"/> Kp(a)-	<input type="checkbox"/> Le(a)-	<input type="checkbox"/> E-	<input type="checkbox"/> s-	<input type="checkbox"/> Kp(b)-	<input type="checkbox"/> Le(b)-	<input type="checkbox"/> e-	<input type="checkbox"/> Fy(a)-	<input type="checkbox"/> Jk(a)-	<input type="checkbox"/> P1-	<input type="checkbox"/> Cw-	<input type="checkbox"/> Fy(b)-	<input type="checkbox"/> Jk(b)-	<input type="checkbox"/> sonstige: _____
<input type="checkbox"/> Rh D-	<input type="checkbox"/> M-	<input type="checkbox"/> K-	<input type="checkbox"/> Lu(a)-																					
<input type="checkbox"/> C-	<input type="checkbox"/> N-	<input type="checkbox"/> k-	<input type="checkbox"/> Lu(b)-																					
<input type="checkbox"/> c-	<input type="checkbox"/> S-	<input type="checkbox"/> Kp(a)-	<input type="checkbox"/> Le(a)-																					
<input type="checkbox"/> E-	<input type="checkbox"/> s-	<input type="checkbox"/> Kp(b)-	<input type="checkbox"/> Le(b)-																					
<input type="checkbox"/> e-	<input type="checkbox"/> Fy(a)-	<input type="checkbox"/> Jk(a)-	<input type="checkbox"/> P1-																					
<input type="checkbox"/> Cw-	<input type="checkbox"/> Fy(b)-	<input type="checkbox"/> Jk(b)-	<input type="checkbox"/> sonstige: _____																					
<b>Auslieferung</b> Lieferung: <input type="checkbox"/> auf Tour <input type="checkbox"/> per Courier/Taxi <input type="checkbox"/> zur Abholung Notfallmässige Lieferung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Lieferung/ Abholung am: _____																								

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

EK-Bestellungen: [vertrieb@itransfusion.ch](mailto:vertrieb@itransfusion.ch)

TK-Bestellungen: [aerzte@itransfusion.ch](mailto:aerzte@itransfusion.ch)