



Bestellformular Blutprodukte

Patientenbezogene Bestellung

Besteller

Bestellung von: _____
E-Mail: _____ Tel: _____
Bestelldatum: _____

Patient:in

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Patientennummer: _____
Diagnose: _____

Produkte

Gewünschtes Produkt: ☐ Erythrozytenkonzentrat (EK)
☐ Thrombozytenkonzentrat (TK)
Anzahl gewünschte Produkte: _____
Antigen-Bestimmung durch IRB (kostenpflichtig): ☐ ja ☐ nein
Bestrahlung: ☐ ja ☐ nein

Bei EK-Bestellungen

ABO-Blutgruppe: _____ Rh-Phänotyp/Kell: _____
Nachgewiesene Antikörper: _____
Zu berücksichtigende Antigene (inkl. Rh Phänotyp/ Kell):

☐ Rh D-	☐ M-	☐ K-	☐ Lu(a)-
☐ C-	☐ N-	☐ k-	☐ Lu(b)-
☐ c-	☐ S-	☐ Kp(a)-	☐ Le(a)-
☐ E-	☐ s-	☐ Kp(b)-	☐ Le(b)-
☐ e-	☐ Fy(a)-	☐ Jk(a)-	☐ P1-
☐ Cw-	☐ Fy(b)-	☐ Jk(b)-	☐ sonstige: _____

Bei TK-Bestellungen:

HLA Typisierung: A: _____ B: _____
Aktuelle HLA Klasse 1 Antikörper: ☐ siehe Beilage

Sonstige Bemerkungen/ Anforderungen: _____

Auslieferung

Lieferung: ☐ auf Tour ☐ per Courier/Taxi ☐ zur Abholung
Notfallmässige Lieferung: ☐ ja ☐ nein
Lieferung/ Abholung am: _____

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

EK-Bestellungen: vertrieb@itransfusion.ch

TK-Bestellungen: aerzte@itransfusion.ch