

PATIENTIN

(ausfüllen oder Patientenetikett einkleben)

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

9

m

5

W

7

—

Kasse / SVN R

ANFORDERERKrankenanstalt /
Ordination

Adresse,
PLZ, Ort

Station / Bauteil /
Stockwerk[illegible]

Anforderer

LIEFERUNG

Geplantes OP-Datum:

T	T	M	M	2	0	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

OP-Beginn:

H	H	M	M
---	---	---	---

Gewünschtes Lieferdatum:

T	T	M	M	2	0	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Lieferung bis spätestens:

H	H	M	M
---	---	---	---

Kontaktperson inkl.
Telefonnummer:

Gewünschte Anzahl
Kryoröhrchen:

Die Anforderung mind. 3 Wochen vor dem geplanten OP-Termin in die Blutzentrale schicken!

Zusätzlich bitte unter 0732 / 777 000 - 610 anrufen!

E-Mail: gewebebank@o.roteskreuz.at - beachten Sie hier bitte etwaige datenschutzrechtliche Vorgaben

DaMe / MedicalNet: MERKLABO
BGM-Fachgebiet 160

NOTIZEN GEWEBEBANK: