

PATIENT/IN

(ausfüllen oder Patientenetikett einkleben)

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

m

w

Kasse / SVNR

ANFORDERER

Krankenanstalt /
Ordination

Adresse,
PLZ, Ort

Station / Bauteil /
Stockwerk

Anforderer

LIEFERUNG

Geplantes OP-Datum:

OP-Beginn:

Gewünschtes Lieferdatum:

Lieferung bis spätestens:

Kontaktperson inkl.
Telefonnummer:

Bei mehreren durchgeführten Knochenentnahmen:

alle Knochenstücke

Entnahme(n) vom (Datum):

Anforderung mind. 1 Werktag vor dem geplanten OP-Termin bis spätestens 14:00 Uhr in die Blutzentrale schicken!

Zusätzlich bitte unter 0732 / 777 000 - 610 anrufen!

Rohrpost: 4900

Info für Ausgaberaum: Formular umgehend an Gewebebank weiterleiten (Rohrpost 241) - Danke!

NOTIZEN GEWEBEBANK: