

**Transfusionsmedizinische und
Hämostaseologische Abteilung**
in der Chirurgischen Klinik
Leiter: Prof. Dr. med. H. Hackstein
FAU Erlangen-Nürnberg

**Universitätsklinikum
Erlangen**



Blutspendedienst: ☐ **Suhl**
☐ _____

Krankenhausstr. 12
D-91054 Erlangen
Tel. 09131 / 85-33324
Fax 09131 / 85-36987

Blutkonservenbestellung für den: _____

Um Lieferung folgender Blut- und Blutbestandteilkonserven wird gebeten:

(Zutreffendes ist angekreuzt)

☐ maximal 8% Kell positiv

☐ nur Kell negativ

EK	O		A		B		AB	
	Bestellung	Lieferung	Bestellung	Lieferung	Bestellung	Lieferung	Bestellung	Lieferung
CCD.ee								
CcD.ee								
CcD.Ee								
ccD.EE								
ccD.ee								
ccD.Ee								
ccddee Rh-neg.								
TK	O		A		B		AB	
Rh pos								
Rh neg.								
Plasma								

Anmerkungen:

Datum:	Uhrzeit
Bestellt von:	

Wir bitten um schriftliche Bestätigung per Fax (09131 / 85-36987) und einer Zusendung der elektronischen Lieferscheindatei per E-Mail (Blutbank.Trans@uk-erlangen.de)