

Eigenblutentnahme – Blatt C – Anforderung

AU-C1-03.09

Grundlage: die jeweils gültigen Fassungen der Dienstanweisungen, Richtlinien und Erlässe

Dieser Anforderungsschein ist vom anfordernden Arzt auszufüllen (Punkte 1 bis 5, ggf. auch 7) und dem Patienten mitzugeben.

1 Patient	Name		Vorname		Geburtsdatum
	PLZ	Wohnort	Straße und Haus-Nr.		Telefon

2 Klinische Daten	Diagnose		OP-Datum:
	Geplanter Eingriff		Gewünschte Anzahl EK:
	Besonderheiten		

3 Entnahme- tauglichkeit	<input type="checkbox"/> gegeben; auch keine relevanten Erkrankungen oder Symptome im Herz-Kreislaufbereich <input type="checkbox"/> Erkrankungen oder Symptome im Herz-Kreislaufbereich – bitte Rückseite ausfüllen! <input type="checkbox"/> fraglich – in diesem Fall bitte Stellungnahme von entsprechendem Facharzt beilegen! Ggf. Bemerkungen: <input type="checkbox"/> Das Merkblatt zur Eigenblutentnahme (Blatt D) wurde dem Patienten ausgehändigt.
--------------------------------	---

4 Termine	Die Patienten können sich – nach telefonischer Terminvergabe (8-12 u. 13-15 Uhr unter 0201 723-1554) –zur ersten Eigenblutentnahme vorstellen: <p style="text-align: center;">montags von 8:00 bis 8:30 Uhr</p> im Institut für Transfusionsmedizin (OPZ II)
--------------	--

5 Anforderung durch	Abteilung (Stempel)		Arzt (Name)	Datum
			Arzt (Unterschrift)	Telefon

Wird vom Institut für Transfusionsmedizin (TM) ausgefüllt

6 Vorstellung in TM	<input type="checkbox"/> Aufklärung ist erfolgt <input type="checkbox"/> Einverständnis liegt vor <input type="checkbox"/> Entnahmetauglichkeit nicht / bestätigt	Datum
		Arzt

Eigenblutentnahme – Blatt C – Anforderung – Seite 2	AU-C2-03.09
---	-------------

7 Erkrankungen oder Symptome im Herz-Kreislaufbereich	
Bestanden bzw. bestehen bei umseitig genanntem Patienten folgende Symptome:	
a) jemals Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; zuletzt:
b) jemals Herzschmerzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur bei Belastung, z.B.: <input type="checkbox"/> auch in Ruhe
c) z.Zt. Zeichen von Herzinsuffizienz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; und zwar:
d) andere relevante, die Herzkreislauffunktion beeinträchtigende Symptome	

8 Beurteilung durch				
Datum	Abteilung (Stempel)	Arzt (Name)	Arzt (Unterschrift)	Telefon