

Bestellschein für Gerinnungspräparate

Zentrallabor des Universitätsklinikums Würzburg

Telefon: 0931 – 201 – 45930 (nachts - 45450); Fax: 0931 – 201 – 645450

Patient: (wenn möglich Aufkleber verwenden)		Kostenstelle: (bitte Aufkleber oder handschriftlich ausfüllen)
Name:		
Vorname:		Klinik:
Geb.-datum:	Fall-Nr.:	Station:

Hinweise: Eine Bearbeitung erfolgt ausschließlich bei **vollständig ausgefülltem Formular** (= Patientendaten, Station, Diagnose, gewünschtes Produkt und Menge + Unterschrift).

Bitte Präparatebestellung grundsätzlich telefonisch anmelden !

Haupt- oder Nebendiagnose: Die genauen Angaben bezüglich Diagnose und Applikation von Blut- und Plasmaprodukten werden für die eventuelle Entlastung des Klinikbudgets benötigt (Sonderentgelt für die Behandlung von „Bluter-Patienten“).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hämophilie A | <input type="checkbox"/> von-Willebrand-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Hämophilie B | <input type="checkbox"/> Andere angeborene Faktorenmängel |
| <input type="checkbox"/> Hemmkörperhämophilien / erworbener Hemmkörper | <input type="checkbox"/> Angeborene Thrombozytopenien / -pathien |
| <input type="checkbox"/> Blutungen bei Leberzirrhose | <input type="checkbox"/> Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura |
| <input type="checkbox"/> Blutungen bei oraler Antikoagulation | <input type="checkbox"/> Immnthrombozytopenie |
| <input type="checkbox"/> OP unter Marcumar | <input type="checkbox"/> Angeborene Angiopathien und -dysplasien |

andere Diagnose: _____

Präparate:	Produkt	Menge	Charge	Stück
<input type="checkbox"/> AT III	z.B. Kybernin, Atenativ	_____	.....	.....
<input type="checkbox"/> Fibrinogen	Haemocomplettan	_____	.....	.....
<input type="checkbox"/> PPSB	z.B. Prothromplex, Cofact	_____	.....	.....
<input type="checkbox"/> Faktor XIII (F13)	Fibrogammin	_____	.....	.....
<input type="checkbox"/> rF VIIa (rek. F7)	NovoSeven	_____	.....	.....
	Bitte Produktname angeben:			
<input type="checkbox"/> Faktor VIII (F8)	_____	_____	.....	.....
<input type="checkbox"/> Faktor IX (F9)	_____	_____	.....	.....
<input type="checkbox"/> von-Willebrand-Faktor	_____	_____	.....	.....

(Datum)
(Uhrzeit)
(Unterschrift des Arztes)
(Name in Druckbuchstaben)
(Tel./Funk für Rückfragen)

Nur von Mitarbeitern des Zentrallabors auszufüllen:

.....
(Ausgegeben am)	(Uhrzeit)	(Unterschrift Ausgebender 1)	(Name in Druckbuchstaben 1)
	
		(Unterschrift Ausgebender 2)	(Name in Druckbuchstaben 2)