ZKT Tübingen gGmbH	**Fax – Bestellung Tagesklinik** **An: Zentrum für klinische Transfusionsmedizin Tübingen**

FAX an 5163

Nur für Bestellungen von sicher benötigten Blutprodukten !!!

Für Station: Häma - Tagesklinik ☐ Telefonnr: _____

Kinder - Tagesklinik (C3) ☐ Telefonnr: _____

Sonstige: _____ Telefonnr: _____

Bestellung für den (Datum): _____

Uhrzeit:

07:00Uhr ☐ 08:00Uhr ☐ 09:00Uhr ☐ 10:00Uhr ☐ 11:00Uhr ☐

12:00Uhr ☐ 13:00Uhr ☐ 14:00Uhr ☐ andere Zeit: _____

Patientenname	Patientenvorname	Patienten Geburtsdatum	Produkt-art	Bestrahlt Ja / Nein	Anzahl

(Dieses Dokument ist im Intranet zu finden und kann dort direkt ausgefüllt werden. Danach bitte ausdrucken und an die oben stehende Fax – Nummer senden.)