

# Transfusionsmedizin UK Aachen

## Aufklärungsbögen / Anforderungsscheine

IN-TR-109 / D

Seite 1 von 3 Seiten

## Dokumentenliste: IN-TR-109 / D

### Anfrage Bogen zur Eigenblutspende

**Diese IN gilt ab:** 17.11.2017

**Diese IN ersetzt die Version:** IN-TR-109 / C

**Zielsetzung:** Anfrage Bogen zur Eigenblutspende

**Verteiler:**  
1. Original: QMB  
2. Intranet

**Änderungshinweise:** 17.11.2017: Änderung der Öffnungszeiten  
Neues Logo; Stand geändert; 2015 Öffnungszeiten geändert

**Erstellt:**

am: 17.11.2017

von: Dr. Hutschenreuter

**Geprüft und freigegeben:**

am: 17.11.2017

von: Dr. Strathmann

## Institut für Transfusionsmedizin

Akademische Direktorin: Dr. med. Gabriele  
Hutschenreuter

### Öffnungszeiten Blutspendedienst auch telefonisch:

Mo, Mi, Do: 12:30 – 19:30 Uhr

Di: 11:30 – 19:00 Uhr

Fr: 07:30 – 12:30 Uhr

Telefon-Zentrale (0241) 800

Telefax (0241) 8082467

Telefon-Durchwahl (0241) 80-89 494

## Blutspendedienst Etage 3, Aufzug C6, Flur 48

### Anfrage zur Eigenblutspende

Adressette

Name, Vorname:	Geb. Datum:
Straße:	Wohnort:
Telefon:	Versicherungsträger:

Operation: \_\_\_\_\_

Grunderkrankung: \_\_\_\_\_

Weitere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

OP-Termin:

### Gewünschte Konservenzahl (max. 4)

Erythrozytenkonzentrate \_\_\_\_\_

I.d.R. wird bei jeder Spende 1 Erythrozytenkonzentrat und 1 gefrorenes  
Frischplasma hergestellt.

Der Patient darf nicht nüchtern kommen.

Vorhandene Vorbefunde (EKG, Rö-Thorax) und eine Liste der regelmäßig  
eingenommenen Medikamente sind mitzubringen. Bei pulmonaler Vorerkrankung ist  
ein Rö-Thorax des Pat. erforderlich, bei kardialer Vorerkrankung zus. ein Belastungs-

IN-TR-109 D Anfrage Bogen zur Eigenblutspende Stand: 17.11.2017

EKG (mind. 75 W) und bei geplanten Herz-OP (Bypass; Klappe) zusätzlich Belastungs-EKG und Herzkatheterbefund.

Aufnahmestation:		Telefon:		Zuständiger Arzt:	
Poliklinik		Telefon		Zuständiger Arzt:	
Betreuender Arzt:		Telefon:		Funk:	

Sollte es bei der Eigenblutspende zu Komplikationen kommen, sorgt der anfordernde Fachbereich für die Möglichkeit der stationären Betreuung.

Unterschrift des anfordernden Arztes:

\_\_\_\_\_

Eine Eigenblutspende ist zur Zeit nicht möglich, weil

folgende Befunde fehlen:

\_\_\_\_\_

Patient nicht spendefähig ist

\_\_\_\_\_

Patient erst spendefähig ist, wenn

\_\_\_\_\_

Wiedervorstellung (mit erneuter Terminabsprache) erbeten.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes (Blutspendedienst)