

# 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)