

PATIENTIN

(ausfüllen oder Patientenetikett einkleben)

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

m

w

d / i

Kasse / SVNR

ANFORDERER

Krankenanstalt /
Ordination

Adresse,
PLZ, Ort

Station / Bauteil /
Stockwerk

Anforderer

LIEFERUNG

Geplantes OP-Datum:

OP-Beginn:

Gewünschtes Lieferdatum:

Lieferung bis spätestens:

Kontaktperson inkl.
Telefonnummer:

Gewünschte Anzahl
Kryoröhrchen:

Die Anforderung mind. 3 Wochen vor dem geplanten OP-Termin in die Blutzentrale schicken:

E-Mail: gewebebank@o.rotekreuz.at

Fax: +43 (0)732 777 000 - 360

NOTIZEN GEWEBEBANK: