

**PATIENT/IN**

(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:

Bei mehreren durchgeführten Knochenentnahmen:

alle Knochenstücke

Entnahme(n) vom (Datum):

**Anforderung mind. 1 Werktag vor dem geplanten OP-Termin bis spätestens 14:00 Uhr in die Blutzentrale schicken:**

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

Rohrpost: 4900

**Info für Ausgaberaum:** Formular umgehend an Gewebebank weiterleiten (**Rohrpost 241**) - Danke!

NOTIZEN GEWEBEBANK: