

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Patient Etikett
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	

Dokumentation chargenpflichtiger Blutprodukte

Abheften in der Patientenakte

*"Meldung über den Verdacht einer Transfusionsreaktion" beigefügt

Indikation:

Service Etikett	Uhrzeit von bis	Reaktion ja* nein	Transfundierende(r) Ärztin/Arzt	Medtrokarten
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Aufklärende Person:

Datum	Uhrzeit	Nachname	Vorname
Unterschrift			

Transfusionsempfänger(in):

Die Verabreichung der oben angegebenen Blutprodukte habe ich zur Kenntnis genommen!

Datum	Uhrzeit	Nachname	Vorname
Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern/der gesetzlichen Vertreter*			



perimed Patientenaufklärungsbogen * Herausgeber: Dr. med. Dietmar Straube * Autoren: Dr. G. Heinrich-Lenkajtis * Dr. D. Straube
©2003-2008 perimed Fachbuch Verlag Dr. med. Straube GmbH * Böhmloch 77 * Postfach 2820 * D-91058 Erlangen
Tel: +49 (0)9131 609 100/609 101 * Fax: +49 (0)9131 609 234/609 216 * www.perimed.de * E-mail: service@perimed.de
Jurist. Beirat: Rechtsanwälte Broglie, Schade & Partner GbR * Wiesbaden-Berlin-München * Tel: +49 (0)611 180950 * www.arztrecht.de * bsp@arztrecht.de
Bestell-Code: AnBt19ADe * EAN: 4250112704310 * Fotokopieren und Nachdruck, auch auszugsweise, verboten.

Service Etikett	Uhrzeit		Reaktion		Transfundierende(r) Ärztin/Arzt	Medtrokarten
	von	bis	ja*	nein		
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

Aufklärende Person:

Datum	Uhrzeit	Nachname	Vorname
Unterschrift			

Transfusionsempfänger(in):
Die Verabreichung der oben angegebenen Blutprodukte habe ich zur Kenntnis genommen!

Datum	Uhrzeit	Nachname	Vorname
Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern/der gesetzlichen Vertreter*			