

FB 2.75.9.38 Freigabe zur autologen Leukapherese



MEDIZINISCHE HOCHSCHULE HANNOVER

Institut für Transfusionsmedizin und Transplantat Engineering
 Prof. Dr. R. Blasczyk
 Zentrum Laboratoriumsmedizin
 Carl-Neuberg Str. 1, 30625 Hannover

Ärztl. Bereichsleitung Mobil: 017615326707
 Dienstarzt: 017615322189
 Fax: 05115328074 od. 16 1038
 E-Mail: registerspende@mh-hannover.de

FREIGABE ZUR AUTOLOGEN LEUKAPHERESE

Patientenetikett mit Fallnummer (I-Zahl, Patientename, Geburtsdatum)

Diagnose:

Körperliche Untersuchung:

Venenverhältnisse	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>	ZVK <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------	---	---

Labor Untersuchung:

- HBs-Antigen, Anti-HBc-Antikörper
- Anti-HCV Antikörper
- Anti-HIV-1/2 Antikörper
- HIV-HCV-HBV-PCR
- TPHA

Aus klinischer Sicht bestehen 0 keine Einwände / 0 Einwände gegen die autologe Leukapherese

Stationsarzt: (bitte Stempel)	Unterschrift:	Datum:
-------------------------------	---------------	--------