



Erythrozyten - Konzentrat- Verordnungsblatt

Personalien Patient:

Name:..... Vorname:.....

Adresse:.....

Geburtsdatum:.....

Tel. Nr. Fixnet:..... Natel:..... Geschäft:.....

Blutgruppe:..... Blutgruppenkarte:.....

Medizinische Informationen:

Diagnose:.....

Wichtige Nebendiagnose.....

Allergien:.....

Verordnungen:

.....
.....
.....
.....
.....

Zeitraum zum Infundieren:.....

Bemerkungen:.....
.....

Die Verantwortung für die Verordnung obliegt dem unten angeführten Arzt/Ärztin. Der/ Die Permanencearzt/-ärztin wird hiermit beauftragt, die Verantwortung für klinische Durchführung der verordneten Therapie zu übernehmen. In Zweifelsfällen wird er/ sie Rücksprache nehmen.

Datum:.....Name/ Unterschrift Arzt:.....

**Klinik Linde AG Permanence/ Notfall Blumenrain 103 2503 Biel; Fax: 032 366 41 13,
Tel 032/366 43 00**