

**UNIVERSITÄTSKLINIKUM
MAGDEBURG A.Ö.R.**



Institut für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie mit Blutbank

Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg, Tel.: 0391/ 6713939, Fax: 0391/ 6713747

ANFORDERUNGSSCHEIN FÜR DIE ENTNAHME VON EIGENBLUT

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Diagnose(n)

geplante Operation/ Termin

Krankenkasse

Anzahl der benötigten Blutkomponenten (EK+GFP)

Klinik/ Station

Name und Tel.- Nr. der/ des behandelnden
Ärztin/ Arztes (für evtl. Rücksprachen)

Bestehen anamnestisch Hinweise auf folgende absolute Kontraindikationen für die Eigenblutspende?

- akute systemische / fokale Infektion** mit der Gefahr der hämatogenen Streuung
- Verdacht auf **infektiöse Magen-Darm-Erkrankung**
- kardiovaskuläre Insuffizienz** (koronare Hauptstammstenose, instabile Angina pectoris, frischer Herzinfarkt < drei Monate, klinisch relevante Herzrhythmusstörungen, dekompensierte Herzinsuffizienz)
- klinisch relevante **Aortenstenose**
- beidseitige hochgradige **Carotisstenose**
- cerebrale Perfusionsstörungen** (Z. n. Apoplex)
- Synkopen** unklarer Genese
- kleinerer **operativer Eingriff / Endoskopie / Zahnextraktion** in den letzten drei Tagen
- Kontrastmittelgabe** innerhalb der letzten 24 Stunden
- Störungen der Erythrozyten** (Membrandefekte, Enzymopathien, Hämoglobinopathien)
- HIV-, HBV-, HCV- Infektion** der/ des Patientin/ -en
- Ablehnung der Methode** durch den Patienten

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben:

Magdeburg, den _____

Unterschrift und Stempel der Ärztin/ des Arztes

Nur für den Fall des Vorliegens einer absoluten Kontraindikation:

Auf Grund einer bestehenden absoluten Kontraindikation (Zutreffendes bitte ankreuzen) wurde im gegenseitigen Einvernehmen mit dem Patienten von der Eigenblutspende Abstand genommen.

Magdeburg, den _____

Unterschrift der/ des Patientin/ -en

Unterschrift und Stempel der Ärztin/ des Arztes