

Rückgabelieferschein für gerinnungsaktive Präparate**Klinik:** _____**Station:** _____**Datum/ Uhrzeit:** _____

Patientenname/ Patientenetikett	Kostenstelle	Präparat und Menge	Chargennummer	Lieferdatum	Bemerkung Blutbank

Spalten 1 bis 5 sind von der Klinik **vollständig** auszufüllen, ansonsten kann keine Rückvergütung erfolgen!

Hiermit wird bestätigt, dass die zurückgegebenen gerinnungsaktiven Präparate entsprechend den Lagerungsvorschriften aufbewahrt wurden.

Die Rückgabe an die Blutbank erfolgt ohne Verzögerung und in den dafür vorgesehenen Transportbehälter.

Unterschrift und Stempel Stationsarzt

Unterschrift Blutbank

Rückbuchung AMOR