



**Bericht der anfordernden/empfangenden Einrichtung**  
ein Formular der „ISBT Rare Donor Working Party“

**Institut für Klinische Transfusionsmedizin und Immungenetik Ulm gGmbH**

Abteilung Blutgruppenserologie und Immunhämatologie

Helmholtzstraße 10, 89081 Ulm, Tel.: +49-731-150-610 Fax: +49-731-150-602

Anfordernde Einrichtung/Adressat:	Versanddatum:
Phänotypische Besonderheit der Blutpräparate:	Uhrzeit:
	Laufende Nr. _____ / _____ (z. B. 05/2005)

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen:**

1. Anzahl der erhaltenen Blutpräparate mit seltener Blutgruppe:		
2. Waren die Blutpräparate in einwandfreiem Zustand? Falls nicht, was war die Ursache? Beschädigt: _____ Anzahl: _____ Anderes:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. Haben Sie die Blutpräparate zum erwarteten Zeitpunkt erhalten? Falls nicht, was war die Ursache? Eingangsdatum: _____ Uhrzeit: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4. Waren die Begleitpapiere in Ordnung? War Ihre Adresse korrekt angegeben? Falls nicht, was war die Ursache?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein

**Bericht zum Transfusionserfolg:**

5. Hat der Patient die Blutpräparate erhalten? <input type="checkbox"/> Ja, Anzahl: _____	<input type="checkbox"/> Nein. Warum nicht?	
Bitte beschreiben Sie die Diagnose und den klinischen Erfolg bzw. Ausgang der Transfusion bei Ihrem Patienten:		
Krankenhaus/Station (Stempel und Tel.-Nr.)	Datum	Unterschrift von Ärztin/Arzt (Name bitte zusätzlich in Blockschrift)
_____	_____	_____

**Bitte faxen Sie das ausgefüllte Formular an +49-731-150-602  
und *zusätzlich* an die oben angegebene FAX-Nummer.**