Formular drucken | Dieses Formular ist am Bildschirm ausfüllbar | Formular zurücksetzen

blutspende
Universitätsklinikum Freiburg

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

Institut für Transfusionsmedizin und Gentherapie
Blutspendezentrale
Hugstetter Str. 55 • 79106 Freiburg
Spendertelefon: 0761 270-44444
E-Mail: blutspende@uniklinik-freiburg.de
Internet: www.blutspende-uniklinik.de

Aufnahmebogen für Eigenblutspende/Aderlass

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ PLZ, Wohnort: _____

Straße: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Krankenkasse: _____ Privatpatient: ☐ nein ☐ ja

Überweisungsschein (nur für Aderlass): ☐ nicht vorhanden ☐ vorhanden

Berufsgenossenschaft (nur bei Arbeitsunfall): _____

_____ ✕ _____
Datum Unterschrift Patient/in

Ich handle als Vertreter/in mit Vertretungsmacht / gesetzl. Vertreter/in / Betreuer/in _____ ✕ _____
Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben) Unterschrift Vertreter/in

Behandelnder (einweisender) Arzt/Operateur

☐ Abteilung des Universitätsklinikums Freiburg ☐ externes Krankenhaus/Arztpraxis

Name/Abteilung: _____

Klinik: _____

Anschrift: _____

_____

Operationstermin: _____

Hausarzt

Name: _____

Anschrift: _____

_____

60090518 ForManFR / 28.06.2017

Formular drucken | Dieses Formular ist am Bildschirm ausfüllbar | Formular zurücksetzen

blutspende
Universitätsklinikum Freiburg

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

Leistungsbogen zur Abrechnung von Eigenblutspenden

Wird von der Blutspende ausgefüllt!

Eigenblutspende vom: _____

HZ Punkteur/in: _____

- ☐ Ferrosanol / Lösferron Brausetabletten
- ☐ Infusion NaCl
- ☐ Einbringen von Medikamenten intravenös: (Med.)
- ☐ Punktion unter Ultraschall-Kontrolle

Stempel: _____

Assistenz: _____

HZ Arzt: _____

Spende erfolgreich: ☐ nein ☐ ja

Stempel: _____

Bemerkung

_____

_____

_____

Eigenblutspende vom: _____

HZ Punkteur/in: _____

- ☐ Ferrosanol / Lösferron Brausetabletten
- ☐ Infusion NaCl
- ☐ Einbringen von Medikamenten intravenös: (Med.)
- ☐ Punktion unter Ultraschall-Kontrolle

Stempel: _____

Assistenz: _____

HZ Arzt: _____

Spende erfolgreich: ☐ nein ☐ ja

Stempel: _____

Bemerkung

_____

_____

_____

Eigenblutspende vom: _____

HZ Punkteur/in: _____

- ☐ Ferrosanol / Lösferron Brausetabletten
- ☐ Infusion NaCl
- ☐ Einbringen von Medikamenten intravenös: (Med.)
- ☐ Punktion unter Ultraschall-Kontrolle

Stempel: _____

Assistenz: _____

HZ Arzt: _____

Spende erfolgreich: ☐ nein ☐ ja

Stempel: _____

Bemerkung

_____

_____

_____

Formular drucken | Formular zurücksetzen