



(Nicht vom Auftraggeber auszufüllen!)

Labor-Nr:

Eingangsdatum:

Erfaßt von:

Universitätsklinikum Düsseldorf
Institut für Transplantationsdiagnostik
und Zelltherapeutika
(mit Knochenmarkspendezentrale u. Stammzellbank)
Komm. Dir. Dr. J. Fischer

Transplantationsdiagnostik
Moorenstr. 5; Geb. 14.80, 40225 Düsseldorf
Tel: 0211/81-18684
Fax: 0211/81-19109

Anforderer:
Universitäts-Augenklinik
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
Fax: 81-18796; Funk 715-0352

- Checkboxes for: Hornhautbank, Station Augen 2, Station Augen 3, Anmeldung Amb., Priv. Ambulanz with phone numbers.

(bitte unbedingt ankreuzen)

Annahmezeiten für Blutproben: Mo-Do von 8:00 – 14:30, Fr 8:00 – 13:30

- Checkboxes for: HLA-Typisierung, HLA-AK Screening, AB0-Bestimmung with descriptions of required tubes.

Röhrchen mit dem Namen des Patienten versehen

- Checkboxes for: privat, ambulant, allgemein, stationär

Checkboxes for: Hornhaut-Spender (Venenblut post-mortem)

Checkboxes for: Hornhaut-Empfänger (Venenblut)

Name input field

Name

Vorname input field

Vorname

Geburtsdatum input field

Geburtsdatum

Todeszeit (Datum/Uhrzeit) input field

Todeszeit (Datum/Uhrzeit)

Spendernummer input field

Spendernummer

Patientendaten (Aufkleber)

Checkboxes for: Hornhaut-Spender Skleraring (post-transplantationem)

verantwortlicher Arzt (bitte lesbar !)

Datum

Unterschrift u. Stempel