



Universitätsmedizin Rostock
Teilkörperschaft der Universität Rostock
Institut für Transfusionsmedizin
Leiter: Prof. Dr. med. V. Kiefel
Sitz: Ernst-Heydemann-Str. 6
18057 Rostock

Terminabsprache zur 1. Eigenblutspende
Telefon: 0381- 20 33 779

Blutspendeabteilung:
Waldemarstraße 21d
18057 Rostock

Auftrag zur Eigenblutspende

Herr / Frau _____ geb. am : _____

möchte sich voraussichtlich folgender Operation unterziehen:

Klinik / Station / OP Termin: _____

Gewünschte Anzahl von Eigenblutkonserven: _____

Die Aufklärung über die Eigenblutspende erfolgt durch den einweisenden Arzt.

Stempel / Unterschrift / Datum des einweisenden Arztes :

⇒ **Auszufüllen vom einweisenden Arzt**

Bei o.g. Patient/in bestehen keine klinischen Einwände gegen eine präoperative Eigenblutspende. Insbesondere wurden folgende klinische und Laborbefunde erhoben:

1. Anamnese:

Kreislaufstörungen/Herzerkrankungen: _____

Blutungsneigung/Anämie: _____

Pulmonale Erkrankungen: _____

Chronische Erkrankungen: _____

2. Körperliche Befunde:

RR: _____ Puls: _____

Cor: _____ Pulmo: _____

3. Laborwerte:

Hb: _____ (g/dl bzw. mmol/l) Hk: _____ (l/l)

Es bestehen keine Schwangerschaft, keine Anfallsleiden, *anamnestisch* ist keine HBV-, HCV- bzw. HIV-Infektion bekannt.

Es sind keine zusätzlichen infektionsserologischen Voruntersuchungen notwendig, eine aktuelle Diagnostik erfolgt im Rahmen der Eigenblutspende.

Es bestehen keine Zeichen für einen akuten bakteriellen Infekt, eine infektiöse Magen-Darm-Erkrankung und eine kardiopulmonale oder metabolische Dekompensation.

Mit kollegialen Grüßen

Unterschrift des Arztes