


01	Patienten-Nr., Name, Vorname, geb.am, Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort), Kostenstelle, Station (Einsender)	<div style="text-align: center;">  UMM UNIVERSITÄTSMEDIZIN MANNHEIM </div> <p> Klinikum Mannheim GmbH Universitätsklinikum, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg Theodor-Kutzer-Ufer 1-3, 68167 Mannheim Registergericht: Amtsgericht Mannheim, HRB Mannheim 7331 Aufsichtsratsvorsitzender: Oberbürgermeister Dr. Peter Kurz, Geschäftsführer: Alfred Dänzer (Sprecher), Prof. Dr. Dr. h. c. Klaus van Ackern </p>									
<div style="font-size: 2em; color: #ccc; opacity: 0.5;">Raum für Eindruck Patientendaten</div> <div style="font-size: 4em; color: #ccc; opacity: 0.5;">2</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Zur zentralen Erfassung, bitte in verschlossenem Umschlag zurück an: Apotheke - im Hause </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: top;">02</td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">Telefon</td> <td style="background-color: #f0f0f0;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">Telefax</td> <td style="background-color: #f0f0f0;"></td> </tr> </table>	02				Telefon			Telefax	
02											
	Telefon										
	Telefax										

Dokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG)
 v. 01.07.98 i.d.F. vom 28.8.2007, § 14, Abs. 2
*Blutzubereitungen, Sera aus menschlichem Blut und gentechnisch hergestellte Plasmaproteine zur
 Behandlung von Hämostasestörungen*

03 *	Bezeichnung des Fertigarzneimittels :	<div style="font-size: 2em; color: #ccc; opacity: 0.5;">Raum für Produktaufklebe-Etikett</div>				
04 *	Darreichungsform / Packungsgröße / Stärke :					
05 *	Chargenbezeichnung :					
06 *	Pharmazeutischer Unternehmer :		07 *	PZN :		
08	Menge :					
09	Datum der Anwendung :	■	■	10	Uhrzeit der Anwendung :	■
11	Patient mit angeborener Hämostasestörung	ja	nein	Wenn „ja“, Grad der Hämostasestörung : leicht mittel schwer (>5 % 2-5 % < 2 % Restaktivität)		
12	Unterschrift der behandelnden ärztl. Person :	Wiederholung des Namens in Druckbuchstaben				
13	Verbleib nicht angewandeter Blutprodukte	Rückgabe an Apotheke Verworfen / Vernichtet Sonstiges :				Menge.....
14	Bemerkungen : (z.B. Übernahme von anderer Station)	von: an anwendenden Funktionsbereich :				
15	Von Apotheke auszufüllen:	Namenszeichen des Erfassenden Buch.-Nr. Datum				

* Handschriftliche Eintragung kann entfallen, wenn Produktaufklebeetikett mit den entsprechenden Angaben