



BZD Gesellschaft für Transfusionsmedizin Duisburg mbH

Konservenbestellung

Bitte per Fax an 0203 300 95 55 oder E-Mail verkauf@bzd.de

Datum:		Besteller:	
Uhrzeit:		Name/ Unterschrift	

zur Auslieferung am _____

Depotlieferung

<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> privatversichert
Name:			
Vorname:			
Geb.-Datum:			
Straße:			
PLZ / Ort:			
Krankenkasse:			

Erythrozytenkonzentrat/e				Gefrorenes Frischplasma		Thrombozytapherese-konzentrat/e	
Anzahl	Blutgruppe	Anzahl	Blutgruppe	Anzahl	Blutgruppe	Anzahl	Blutgruppe
	A positiv		A negativ		A		A
	0 positiv		0 negativ		0		0
	B positiv		B negativ		B		B
	AB positiv		AB negativ		AB		AB

Sonderleistungen:

Bemerkung: