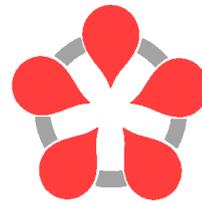


Krankenkasse		
Versicherter		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	LANR	Datum
Erstüberweiser BSNR		



BZD Gesellschaft für Transfusionsmedizin Duisburg mbH

Bestellung Blutprodukte Arztpraxen

**Bitte per Fax an 0203 300 95-55 oder E-Mail verkauf@bzd.de
Rückfragen Konservenverkauf Rufnummer 0203 300 95-11**

Datum:		bestellende Einrichtung: (Stempel)	
Uhrzeit:		Name/ Unterschrift	

zur Auslieferung am _____

Transport durch BZD Fahrdienst

Abholung durch _____
(beauftragtes Unternehmen)

Thrombozytapheresekonzentrat/e (TK)		Gefrorenes Frischplasma (GFP)	
Anzahl	Blutgruppe	Anzahl	Blutgruppe
	A		A
	0		0
	B		B
	AB		AB

Bestrahlung CMV neg.
 Transfusionsbesteck andere Sonderleistung: _____

Bemerkung: