

Dok. Nr.	Bereich	Dok. Typ.	Dokumententitel
0001002	LKI—ICCT_GB	FO	Anforderung von Knochendeckeln aus externen Kliniken (Request of bone flaps from the bonebank Innsbruck)

Bitte Bestellung faxen an (Please fax order to): +43 512/504-23146
Zentralinstitut für Bluttransfusion und immunologische Abteilung, **Knochenbank**

Anfordernde Klinik (requesting clinic)										
Patient (patient)	Name (name): Geburtsdatum (date of birth):									
Behandelnder Arzt/Ansprechperson (medical contact person)	Name (name): Tel:									
Lieferadresse (<u>delivery address</u>)										
Bei Verfügbarkeit bitte Entsprechendes ankreuzen (if available, please mark with a cross)	<table border="0"> <tr> <td>Genehmigte Knochenbank (certified bone bank)</td> <td>überwacher -80°C Schrank (monitored -80°C freezer)</td> <td>Keine Lagerung möglich (none)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">Lieferung zum gewünschten OP-Datum (Delivery at the date of surgery)</td> </tr> </table>	Genehmigte Knochenbank (certified bone bank)	überwacher -80°C Schrank (monitored -80°C freezer)	Keine Lagerung möglich (none)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lieferung zum gewünschten OP-Datum (Delivery at the date of surgery)		
Genehmigte Knochenbank (certified bone bank)	überwacher -80°C Schrank (monitored -80°C freezer)	Keine Lagerung möglich (none)								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Lieferung zum gewünschten OP-Datum (Delivery at the date of surgery)										
Gewünschtes Lieferdatum (requested date of delivery)										

.....
(Name in Druckschrift/ name in block letters)

.....
(Datum/date)

.....
(Unterschrift des anfordernden Arztes-Stempel der Klinik/
authorised signature-stamp of clinic)

Die Lieferung erfolgt auf Trockeneis (delivery on dry ice).
Die Transportkosten gehen zu Lasten der anfordernden Klinik (the requesting clinic covers the costs for the transport).

Bestätigung Kostenübernahme Transport (wenn Sie einen Kostenvoranschlag benötigen, nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf)

Confirmation of the cost absorption for the transport (if you need an estimate of costs, please contact us):

.....
(Datum/date)

.....
(Unterschrift/signature)

Bei Rückfragen (for further questions):
Knochenbank, Tel.: 0512/504-80852 Mo- Fr: 8.00-15.30 Uhr
E-mail: lki.bb.knochenbank@tirol-kliniken.at