

0001004	LKI-ICCT-GB	FO	Anforderungen von Knochenpräparaten intern
----------------	--------------------	-----------	---

Anforderung bitte bis spätestens 14.00 Uhr des Vortages faxen an **23148** oder per Rohrpost **3148**

Klinik:			
Patient:	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Patientenetikett </div>		
Operator:	Name:	Tel:	
Diagnose/Operation:			
Art des Präparats:		Benötigte Menge	
	Femurkopf ganz	<input type="checkbox"/>	groß
		<input type="checkbox"/>	mittel
		<input type="checkbox"/>	klein
	Femurkopf halbiert		
	Grobe Knochenchips- groß (≥ 25 g)		
	Grobe Knochenchips- klein (≤ 24 g)		
	Schenkelhals		
	Eigenspende		
Knochendeckel			
Sonstiges (bitte um Rücksprache)			
Benötigt am: (Tag /Uhrzeit der OP)			

.....
(Datum)

.....
(Name in Druckschrift)

.....
(Unterschrift des anfordernden Arztes)

Bis 14.00 Uhr bestellte Knochenprodukte sind am OP-Tag ab 8.00 Uhr in den Depot-Tiefkühlschränken (Chirurgie: OP-Bereich Zubau West und MZA: OP Zone Neurochirurgie) bereitgestellt.
Rückfragen bitte unter: 0512 504 80852 Mo-Fr 8.00-16.00 M.Kos/ C. Rauch/ M. Klieber/ B.Ladner