

Dok. Nr. Bereich Dok. Typ. Dokumententitel

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

Anforderung bitte bis spätestens 14.00 Uhr des Vortages faxen an 23146 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	
	Grobe Knochenchips ca. 12-15 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