

CL-Anforderung (extern) von Knochendeckeln

**Anforderung von Knochendeckeln aus externen Kliniken  
(Request of bone flaps from the bonebank Innsbruck)**

Erstellt: 30.9.2015 B.Ladner  
 geprüft: 30.9.2015 VP A. Mühlbacher

Freigabe: 13.10.2015 QM B.Ladner

Ausgabestatus: 4.2

Seite 1 von 1

**Bitte Bestellung faxen an (Please fax order to): +43 512/504-22934**

Zentralinstitut für Bluttransfusion und immunologische Abteilung, Chefsekretariat

Anfordernde Klinik (requesting clinic)			
Patient (patient)	Name (name):  Geburtsdatum (date of birth):		
Behandelnder Arzt/Ansprechperson (medical contact person)	Name (name): Tel:		
Lieferadresse (delivery address)			
Bei Verfügbarkeit bitte Entsprechendes ankreuzen (if available, please mark with a cross)	Genehmigte Knochenbank (certified bone bank) <input type="checkbox"/>	überwachter -80°C Schrank (monitored -80°C freezer) <input type="checkbox"/>	Keine Lagerung möglich (none) <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):

Birgit Ladner/ Marion Kos Tel.: 0512/504-26257 Mo, Di, Mi, Fr: 8-15.30 Uhr, Do: 8-12 Uhr

E-mail: [lki.bb.knochenbank@tirol-kliniken.at](mailto:lki.bb.knochenbank@tirol-kliniken.at)