

Fax: 0341 97 25409  
 Fax: 0341 97 25289 (ausschließlich für Buffy coat)  
 Per Mail:  
[Elke.Gille@medizin.uni-leipzig.de](mailto:Elke.Gille@medizin.uni-leipzig.de)  
[Jacqueline.Maier@medizin.uni-leipzig.de](mailto:Jacqueline.Maier@medizin.uni-leipzig.de)  
[Yazan.Yakoub@medizin.uni-leipzig.de](mailto:Yazan.Yakoub@medizin.uni-leipzig.de)

**Institut für Transfusionsmedizin**  
 Johannisallee 32, 04103 Leipzig  
 Direktor: Prof. Dr. med. Reinhard Henschler  
 Telefon: 0341 9725301  
 Telefax: 0341 9725309  
 e-mail: Reinhard.Henschler@uniklinik-leipzig.de

**Sekretariat:** Jacqueline Heusch  
 Telefon: 0341/9725300  
 Telefax: 0341/9725309  
 e-mail: Jacqueline.Heusch@uniklinik-leipzig.de

## Anforderungsformular für Blutbestandteile, Restblut oder Blutproben im Institut für Transfusionsmedizin

Name des Anfordernden: \_\_\_\_\_ Kundennummer ITM: \_\_\_\_\_

Institution des Anfordernden:

(Stempel bzw. Name der Einrichtung;  
Adresse, Telefonnummer)

Projektnummer: \_\_\_\_\_

UKL Kostenstelle/Rechnungsanschrift: \_\_\_\_\_

**Material** (zutreffendes ankreuzen)

- |                          |   |                |               |                   |
|--------------------------|---|----------------|---------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b> Buffy Coat</b>                                    |                | Datum: _____  | Uhrzeit: _____    |
| <input type="checkbox"/> | „Spindelzellen“                                       |                | Anzahl: _____ | Blutgruppe _____  |
| <input type="checkbox"/> | <b> EDTA Blut</b>                                     | Volumen _____  | Anzahl: _____ | Blutgruppe _____  |
| <input type="checkbox"/> | <b> Heparin Blut</b>                                  | Volumen _____  | Anzahl: _____ | Blutgruppe _____  |
| <input type="checkbox"/> | <b> Citrat Blut</b>                                   | Volumen _____  | Anzahl: _____ | Blutgruppe _____  |
| <input type="checkbox"/> | <b> Nativ-Blut</b>                                    | Volumen _____  | Anzahl: _____ | Blutgruppe _____  |
| <input type="checkbox"/> | <b> Sonstiges:</b> _____                              | Volumen: _____ | Anzahl: _____ | Blutgruppe: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Material bis zur Abholung bei Zimmertemperatur lagern |                |               |                   |
| <input type="checkbox"/> | Material bis zur Abholung im Kühlschrank lagern       |                |               |                   |

- Das Material wird im Rahmen einer durch die Ethikkommission genehmigten Studie/wissenschaftlichen Untersuchung benötigt. Ethikvotum + Synopsis liegen dem ITM vor.

**\*Ethikvotum Nr.:** \_\_\_\_\_

**\* ohne diese Angabe können keine Materialien vom ITM ausgegeben werden**

- Wir bestätigen, dass das Material **nicht** für genetische Untersuchungen genutzt wird.
- Nach Abschluss der Untersuchung wird das Material vernichtet, eine weitere Lagerung /Verwendung ist ausgeschlossen.
- Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Rückantwort

Die angeforderten Produkte/Proben werden gemäß Ihrer Anforderung bereitgestellt.

Die angeforderten Produkte/Proben können leider nicht bereitgestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Institut für Transfusionsmedizin