

**Von**

Bayerische Stammzellbank  
 Robert-Koch-Allee 23  
 82131 Gauting  
 Telefon: 089 – 89 32 66 – 250  
 Fax: 089 – 89 32 66 – 29  
 Email: info@akb.de

**An**

Klinik:  
 Anschrift:  
 Telefon/  
 Fax:  
 Email:

**Bei unverwandten Spendern (AKB oder andere)**

**Bei Familienspendern**

Spendernummer:   
 Patientenname:   
 Recipient-ID (ZKRD):

Spendername:   
 Spendennummer: DEAKB-  
 Patientenname:

Ohne sichere Identifizierung durch obenstehende Angaben kann der Auftrag nicht bearbeitet werden.

**Art des kryokonservierten Präparats**

**PBSC**

Gesamtes Präparat

Anlieferungsdatum und Uhrzeit:

Ort und weitere Angaben zur Anlieferung:

**Lymphozyten-Portionen**

Ausgewählte Kryo-Portionen

Alle Kryo-Portionen

Gewünschte Kryo-Dosis:  X 10<sup>^</sup>  CD3+/kg KG  
 X 10<sup>^</sup>  CD3+/kg KG  
 X 10<sup>^</sup>  CD3+/kg KG  
 X 10<sup>^</sup>  CD3+/kg KG

Anlieferungsdatum und Uhrzeit:

Ort und weitere Angaben zur Anlieferung:

Wegen des logistischen Aufwands des Kryotransports ist eine Auslieferung vor 9:30 Uhr nicht möglich.

_____ Datum	_____ Unterschrift Auftraggeber	Termin bestätigt per <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Fax	_____ BSB-Mitarbeiter (Datum/Unterschrift)
----------------	------------------------------------	---	---