

**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)**

Spendernummer:   
 Patientenname:   
 Recipient-ID (ZKRD):

**Bei Familienspendern**

Spendername:   
 Spendernummer:   
 Patientenname:

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

**Art des kryokonservierten Präparats**

- PBSC**
- T-Zellen**
- Gesamtes Präparat
- Teilpräparat
- Alle Kryo-Portionen
- Ausgewählte Kryo-Portionen:

X 10<sup>^</sup>  CD3+/kg KG

X 10<sup>^</sup>  CD3+/kg KG

Bemerkungen  
 (z. B. Dosis-Nr., Beutel-Nr.,  
 Teil-Dosis ausliefern, etc.)

Anlieferungsdatum und Uhrzeit:

Ort und weitere Angaben zur  
 Anlieferung:

Wegen des logistischen Aufwands des Kryotransports ist eine Auslieferung vor 10:30 Uhr nicht möglich.

<p align="center">_____ Datum, Unterschrift Auftraggeber</p>	<p>Termin bestätigt per <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Fax</p> <p align="center">_____ Datum, Unterschrift BSB-Mitarbeiter</p>
--	--