

FAX: 06221 56-4030

IKTZ Heidelberg Blutbank Tel: 06221 56-4040
Im Neuenheimer Feld 305
69120 Heidelberg

Bestätigung der Mutter-Kind-Verbindung
bei Wunsch auf die Einrichtung einer Früh- / Neugeborenenregelung
für die serologische Verträglichkeitsprobe bei Gabe von Erythrozytenkonzentraten

Hiermit bestätigen wir, dass es sich bei der Patientin:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ / ____ / _____

um die Mutter des Neugeborenen:

Name	_____
Geschlecht	_____
Geburtsdatum	____ / ____ / _____

handelt.

Stempel Klinik und Abteilung:	_____	
Datum / Unterschrift:	____ / ____ / _____	_____