

Krankenhausidentifikationsnummer: \_\_\_\_\_

oder D-Nummer: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Der Bedside-Test wurde mit folgendem Ergebnis durchgeführt:

_____	_____
Blutgruppe	ggf. RH

Durchführende Person\*: \_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Befundende(r) Arzt/Ärztin\*: \_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\* wenn die Durchführung und Befundung durch denselben Arzt/dieselbe Ärztin erfolgen, ist die einmalige Unterschrift bei befundende(r) Arzt/Ärztin ausreichend.

Die Reaktionskarte wird nicht abgeheftet.