

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.