

Fallidentifikationsnummer: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Der Bedside-Test wurde mit folgendem Ergebnis durchgeführt:

_____	_____
Blutgruppe	ggf. RH

Befundende(r) Arzt/Ärztin*: _____

Name in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift

* Blutabnahme und Test sind von dem befundenden Arzt/der befundenden Ärztin selbst oder unter seiner/ihrer direkten Aufsicht durchzuführen.

Die Reaktionskarte wird nicht abgeheftet.