



Anforderung Immunhämatologie

Tel. 0251 709-268 Fax 0251 709-273

Patientendaten / Etikett

- weiblich
 männlich

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Anschrift: _____

Auftraggeber / Stempel

DRK-Kunden-Nr. _____

- stationär GKV Abrechnung mit KV: Überweisungsschein M10 / ggf. Rezept für Präparat(e) beilegen
 stationär PKV (Privatpatient) Selbstzahler (siehe Anschrift des Patienten)

Wird keines der zur Verfügung stehenden Felder angekreuzt, erfolgt Rechnungsstellung automatisch an den Auftraggeber!

Bei Selbstzahlern übernimmt der Einsender / Auftraggeber die Ausfallgarantie für die Kosten

Wichtige anamnestische Angaben

Diagnose / ICD-Nr. _____

Vortransfusionen? nein ja wenn ja, wann zuletzt _____

Schwangerschaften? nein ja aktuelle SSW ___ Anti D-Prophylaxe? nein ja Datum _____

Z.n. Rh-D-Umstellung? nein ja Datum _____ Z.n. KMT / SZT? nein ja Datum _____

Aktuelle Medikation: IVIG Daratumumab andere monokl. AK _____ erhalten am: _____

Blutgruppe / irreguläre Antikörper Bitte Befunde / Transpl.-Unterl. mitgeben _____
(ggf. Kopie Blutgruppenpass, Mutterpass)

Laborbefunde falls vorhanden Testmethode / Milieu _____

Bitte Reaktionsstärken angeben							
I	II	III	Eik	DAT	IgG	C3d	KP

Gewünschte Untersuchungen

Bitte möglichst **2 x 5 ml EDTA-Blut**. Röhrchen beschriften
(Name, Vorname, Geb.-Dat.), sonst keine Bearbeitung möglich.
Bei Neugeborenen bitte auch Blut der Mutter mit einsenden.

Blutgruppenbestimmung / Antikörperdiagnostik
ABO, Rh-D, AK-Suchtest, ggf. Rh-Formel, Kell, DAT, weitere Antigene

Serologische Verträglichkeitsprobe mit:
_____ x Erythrozytenkonzentrat bestrahlt

Weitere Untersuchungen / Fragestellung

- Antikörper-Differenzierung
 Abklärung direkter Antihumanglobulintest (DAT)
 Elution
 Antikörpertiter
 Blutgruppen-PCR **tel. Absprache**
 Kälteagglutinine * **tel. Absprache**
 Anderes _____
** nicht akkreditierte Leistung*

Untersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge

Spezialpräparate _____
z.B. EK 40 ml, CMV-DNA nicht nachgewiesen, Austauschpräparat,
tel. Absprache

Spezielle Untersuchungen, tel. Absprache

Bitte separaten Anforderungsschein benutzen siehe:
blutspendedienst-west.de/fachforum

- HLA-Antigene/Antikörper
- HPA / Thrombozyt. Antikörper
- HIT-II-Diagnostik

Notfall-sofort immer tel. Absprache

Blutentnahme / Datum, Uhrzeit _____

Entnehmende Person **Name in Druckschrift o. Stempel**

Anfordernde/r Arzt/Ärztin **Name in Druckschrift o. Stempel**

Erreichbar unter Tel.: _____

Ohne **lesbaren** Arztnamen (Vor- und Nachname) ist die Anforderung
rechtlich ungültig und darf nicht bearbeitet werden

Bearbeitung: Routine heute **Transfusion geplant:** Datum / Uhrzeit _____

Befundmitteilung: Befund an Fax-Nr.: _____ anrufen, wenn fertig, Tel.-Nr.: _____

Lieferung: wird abgeholt am _____ mit Verteiler am _____