



Transfusionsserologie / Blutkonservendepot

Tel. (0371) 333 33452 Fax (0371) 333 33477

Patientendaten / Etikett weiblich männlich divers

Auftraggeber / Stempel

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Anschrift: _____

- 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

Gewünschte Untersuchungen

Bitte mindestens 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
AB0, 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

Humanplasma gefroren 200 ml:

Anzahl bitte eintragen

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: anrufen, wenn fertig, Tel.-Nr.: _____

Lieferung: für OP am _____ **Notfall- sofort** immer tel. Absprache