

Anforderung Immunhämatologie

Tel. 0671 253-162 Fax 0671 253-229

Patientendaten / Etikett

- weiblich
 männlich

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Dat.: _____
Anschrift: _____

Auftraggeber / Stempel

- 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 10 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)
 Kälteagglutinine **tel. Absprache**
 Elution
 Antikörpertiter
 Blutgruppen-PCR **tel. Absprache**
 Anderes (z.B. UHP) _____

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
- HNA / Granulozyt. Antikörper

Notfall-sofort immer tel. Absprache

Blutentnahme / Datum, Uhrzeit _____

Entnehmende Person _____ Druckschrift o. Stempel

Anfordernde / r Arzt / Ärztin _____ Druckschrift o. Stempel

Erreichbar unter Tel.: _____

Ohne lesbaren Arztnamen ist die Anforderung ungültig und darf nicht bearbeitet werden.

Bearbeitung: Routine heute

Befundmitteilung: Befund an Fax-Nr.: _____

Lieferung: Selbstabholer (durch Einsender veranlasst)

Transfusion geplant: Datum / Uhrzeit _____

anrufen wenn fertig Tel.-Nr.: _____

mit Verteiler am _____