



Anforderung Immunhämatologie

Tel. 02331 807-145 Fax 02331 807-151

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 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)
- ☐ Kälteagglutinine **tel. Absprache**
- ☐ Elution
- ☐ Antikörpertiter
- ☐ Blutgruppen-PCR **tel. Absprache**
- ☐ Anderes _____

☐ **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 _____

Unterschrift entnehmende Person _____

Unterschrift anfordernde/r Arzt/Ärztin Druckschrift o. Stempel _____

Erreichbar unter Tel.: _____

Ohne Arztunterschrift keine Bearbeitung

Bearbeitung: ☐ **Routine** ☐ **heute**

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

Lieferung: ☐ wird abgeholt am _____ ☐ mit Verteiler am _____