

## 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.: \_\_\_\_\_  anrufen wenn fertig Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Lieferung:**  Selbstabholer (durch Einsender veranlasst)  mit Verteiler am \_\_\_\_\_

**Transfusion geplant:** Datum / Uhrzeit \_\_\_\_\_