



## Anforderung Immunhämatologie

Tel. 0251 709-268 Fax 0251 709-273

### 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)
- Elution
- Antikörpertiter
- Blutgruppen-PCR **tel. Absprache**
- Kälteagglutinine\* **tel. Absprache**
- Anderes \_\_\_\_\_

**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
- HNA / Granulozyt. Antikörper

**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 \_\_\_\_\_