



Anforderung Immunhämatologie

Tel. 02102 189-125 Fax 02102 189-108

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
Bitte Präanalytik beachten.

- Antikörper-Differenzierung
- Abklärung direkter Antihumanglobulintest (DAT)
- Kälteagglutinine
- Elution
- Antikörpertiter
- Blutgruppen-PCR
- 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/Transfusionsmedizin/Ratingen-Breitscheid

- 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 _____