



Anforderung Immunhämatologie

Patientendaten / Etikett

☐ weiblich ☐ männlich

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Anschrift: _____

Auftraggeber / Stempel: _____

DRK-Kunden-Nr.: _____

☐ 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: _____

Blutgruppe / irreguläre Antikörper

Bitte Befunde / Transplantations-Unterlagen mitgeben
(ggf. Kopie Blutgruppenpass, Mutterpass)

erhalten am: _____

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: _____

* nicht akkreditierte Leistung

☐ 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 online unter blutspendedienst-west.de/fachforum

- HLA-Antigene/Antikörper
- HPA/Thrombozyt. Antikörper
- HIT-II-Diagnostik

☐ **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 _____