

# 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](http://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 \_\_\_\_\_