



## 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** Arzt/namen (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 \_\_\_\_\_