

Anforderung Immunhämatologie

Patientendaten / Etikett Adresse des Patienten zwingend erforderlich

☐ weiblich ☐ männlich

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Anschrift: _____

Auftraggeber / Stempel: _____

DRK-Kunden-Nr.: _____

☐ stationär GKV☐ ambulant GKV (Überweisungsschein M10, ggf. Rezept für Präparat/e beilegen)☐ stationär PKV | Versicherung: _____ (Privatpatient)☐ ambulant PKV (Privatpatient)☐ stationär CA-Wahlleistung | Versicherung: _____☐ Sonstige: _____**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. Bei nachträglicher Rechnungsänderung aufgrund falscher oder nicht gemachter Angaben wird eine Bearbeitungsgebühr erhoben.

► 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: _____☐ 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: _____