Zentrum für Transfusionsmedizin Breitscheid

Immunhämatologisches Labor
Linneper Weg 1, 40885 Ratingen
Tel. 02102 189-125
Fax 02102 189-108

Deutsches Rotes Kreuz

Blutspendedienst West

Anforderung Immunhämatologie

Patientendaten / Etikett
Adresse des Patienten zwingend erforderlich

Auftraggeber / Stempel:

☐ weiblich ☐ männlich

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Anschrift: _____

DRK-Kunden-Nr.: _____

☐ **stationär GKV**
☐ **stationär PKV** | Versicherung: _____ (Privatpatient)
☐ **stationär CA-Wahlleistung** | Versicherung: _____
☐ **ambulant GKV** (Überweisungsschein M10, ggf. Rezept für Präparat/e beilegen)
☐ **ambulant PKV** (Privatpatient)
☐ **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: _____

Z. n. Rh-D-Umstellung: ☐ nein ☐ ja Datum: _____

Anti D-Prophylaxe: ☐ 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**
AB0, 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: _____

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13327-01-00