

## 2. Kostenträger / Aufnahmestatus:

- stationär/GKV (P1) DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg - Hessen gGmbH  
Sandhofstraße 1 / 60528 Frankfurt/Main  
Vertrieb: Tel.: 4700 / Fax: (069) 6782-127  
Kreuzlabor:  
Tel.: 4141 (07:30 - 18:00 Uhr) / Fax: (069) 6782-204
- stationär/Privat (P2) (ohne Wahlarzt)
- ambulant/§ 116b (P3) (Immunhämatologie)



- stationär/Wahlarzt (P4) Medizinisches Versorgungszentrum  
DRK-Blutspendedienst Frankfurt gGmbH  
Sandhofstraße 1 / 60528 Frankfurt/Main  
Tel.: (069) 6782-213 / Fax: -200
- ambulant/Privat (P5)
- ambulant/GKS (P6) (U.-Schein 10 erforderlich)



## 1. Patient:

Name: \_\_\_\_\_  w  m

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift/ Straße : \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

## 3. Anforderung / Berechnung:

Station: \_\_\_\_\_ Kd.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Haus: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Anlieferung und Befund an (falls abweichend):  
Station: \_\_\_\_\_ Kd.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Haus: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## 4. Lieferung (unbedingt ausfüllen):

- sofort auf Station liefern  
 auf Station am:  
 auf Abruf im BSD aufbewahren  
 Chir.-OP am:  
 ZNN-OP am:  
 Sonstiges:

## 5. Immunhämatologische Angaben / Diagnose:

- Diagnose: \_\_\_\_\_  infektiös
- ABO-Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Rh-D:  positiv  negativ
- Transfusionen:  nein  ja, wann zuletzt: \_\_\_\_\_
- Schwangerschaften/Fehlgeburten:  nein  ja, wann: \_\_\_\_\_
- Bekannte irreguläre Antikörper?  nein  
wenn ja: Bitte genaue Angaben: \_\_\_\_\_

### Zustand nach Knochenmark- oder Stammzell-Transplantation:

Blutgruppe Spender: \_\_\_\_\_ Blutgruppe Empfänger: \_\_\_\_\_  
Datum der Transplantation: \_\_\_\_\_

## Bei Neu- und Frühgeborenen bitte immer:

- Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
der Mutter angeben.
- Bei Frühgeborenen: Errechneter Geb.-Termin: \_\_\_\_\_  
■ Anti-D-Prophylaxe?  ja, wann zuletzt: \_\_\_\_\_  
■ Intrauterine Transfusion?  ja, wann zuletzt: \_\_\_\_\_

## 6.1 Bearbeitung im SCHNELLTEST:

- Nach Anruf ! Sofort (ungekreuzt) auszugeben**  
Mo.-Fr.(07:45-18:00 Uhr), Sa.(07:45-12:30 Uhr) **Tel.: 4141**  
Mo.-Fr.(ab 18:00 Uhr, Sa. 12:30 - Mo. 07:30 Uhr) **Tel.: 4700**
- Notfalltransfusion (gekreuzt)**  
Innerhalb 1 Stunde bereit stellen (nach Ankunft der Probe im Labor)
- Schnelltest (2 -3 Stunden)**  
Innerhalb 2 -3 Stunden bereit stellen (nach Ankunft der Probe im Labor)

## 6.2 Bearbeitung innerhalb Tagesroutine (NORMALTEST):

- Abgabe Blutproben an Leitstelle bis \* > Bereitstellung gekreuzte EK ab \*\*:  
Mo. - Sa. 08:00 Uhr \* > ab ca. 11:00 Uhr \*\*  
Mo. - Sa. 10:00 Uhr \* > ab ca. 13:00 Uhr \*\*  
Mo. - Fr. 12:00 Uhr \* > ab ca. 15:00 Uhr \*\*  
Mo. - Fr. 13:00 Uhr \* > ab ca. 16:00 Uhr \*\*  
Mo. - Fr. 14:00 Uhr \* > ab ca. 17:00 Uhr \*\*  
Mo. - Fr. 15:00 Uhr \* > ab ca. 18:00 Uhr \*\*

## 7. Anforderung v. Blutkomponenten (gilt als Ärztliche Verordnung)

Anzahl:	Präparat:	Geliefert:
	<b>Erythrozytenkonzentrat</b>	
	<b>Gefrorenes Frischplasma (GFP)</b>	
	<b>Thrombozytenkonzentrat (TK-Pool)</b>	
	<b>Thrombozytenkonzentrat (Apherese)</b> <input type="checkbox"/> HLA-ausgewählt <input type="checkbox"/> HPA-ausgewählt	Rücksprache erforderlich! Tel.: 069/6782-199

## 8. Immunhämatologische Untersuchungen:

<input type="checkbox"/> Blutgruppe (AB0,RhD, ggf.Rh-Unterguppe *,AKS,DAT)	E
<input type="checkbox"/> Rh-Unterguppe (CcEe)	E
<input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest (AKS)	E
<input type="checkbox"/> Direkter Antihumanglobulintest (DAT)	E
<input type="checkbox"/> Antikörperidentifizierung	E
<input type="checkbox"/> Isoagglutinine / Hämolysine (Titer)	V
<input type="checkbox"/> Kälteagglutinine ** (ggf. Titer)	E
<input type="checkbox"/> Kryoglobulin **	V
<input type="checkbox"/> Kryofibrinogen **	E

## Spezielle Präparationen:

- bestrahlt (EK, TK)**
- CMV-AK negativ (EK, TK)
- Portionierung 1 EK (4 x Baby-Beutel)
- gewaschen (EK, TK) Rücksprache erforderlich!  
(Tel: 4141 / 4700)
- zur intrauterinen Transfusion Rücksprache (Tel.: 4141)  
und Sonderpräparate-  
Anforderung erforderlich!
- zur Austauschtransfusion \_\_\_\_\_ ml

### Zeichenerklärung:

- \* Frauen ≤ 50 J.: AK-Nachweis, chron. Transfusion V = Vollblut ohne Zusätze  
\*\* warm abgenommenes Blut (Transport bei 37°C) E = EDTA-Blut

## 9. Unterschriften:

Blutentnahme durch: \_\_\_\_\_  
Datum der Blutentnahme / Unterschrift + Name + Vorname des Abnehmenden in Druckbuchstaben  
Verantwortung für die Identität der Blutproben,  
ggf. Blutentnahme + Anforderung v. Blutpräparaten:  
Datum / Unterschrift des Arztes + Name des Arztes in Druckbuchstaben + Telefon

## Sonstiges (nur nach telefonischer Rücksprache) /Klin. Angaben:

Bitte den Schein immer vollständig ausfüllen incl. der Durchschläge !  
Die Unterschrift des Arztes bestätigt Auftrag und Probenidentität