

Anforderungsschein für Blutprodukte / Laborleistungen

Deutsches Rotes Kreuz

Aufnahmenummer BSD/MVZ (Tubemanager)

2. Kostenträger / Aufnahmezustat:

- stationär/GKV (P1) DRK-Blutspendedienst
Baden-Württemberg - Hessen gGmbH
Sandhofstraße 1 / 60528 Frankfurt/Main
Vertrieb: Tel.: (069) 6782-111 / Fax: (069) 6782-110
Kreuzlabor: Tel.: (069)-6782-222 / Fax: (069) 6782-204
- stationär/Privat (P2)
(ohne Wahlarzt)
- ambulant/§ 116b (P3)
(Immunhämatologie)



- stationär/Wahlarzt (P4)
- ambulant/Privat (P5)
- ambulant/GKS (P6)
(Ü.-Schein 10 erforderlich)

Medizinisches Versorgungszentrum
DRK-Blutspendedienst Frankfurt gGmbH
Sandhofstraße 1 / 60528 Frankfurt/Main
Tel.: (069) 6782-213 / Fax: -200



1. Patient:

Name: _____ w m

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift/ Straße : _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Land: _____

3. Anforderung / Berechnung:

Klinik: _____ Kd.-Nr.: _____

Straße: _____

PLZ _____ Ort: _____

Ansprechperson: _____

Telefon: _____

4. Lieferung (unbedingt ausfüllen falls abweichend):

Klinik: _____ Kd.-Nr.: _____

Straße: _____

PLZ _____ Ort: _____

Ansprechperson: _____

Telefon: _____

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:

Wenn eine Einsendung über einen unserer Depotfahrer erfolgt, kann eine routinemäßige Bearbeitung erst am darauffolgenden Tag erfolgen, da die Fahrer regelmäßig erst gegen 18 Uhr in unserem Haus eintreffen. In dringenden Fällen sollte der Transport unabhängig vom Depotfahrer erfolgen, damit die Anforderung, besonders im Interesse des Patienten, schnellstmöglich bearbeitet werden kann. Letzte Probenabgabe für Routine-Bearbeitung am gleichen Tag bis 14 Uhr. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

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

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

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

8. Immunhämatologische Untersuchungen:

Blutgruppe (AB0,RhD, ggf.Rh-Untergruppe *,AKS,DAT) | E

Rh-Untergruppe (CcEe) | E

Antikörpersuchtest (AKS) | E

Direkter Antihumanglobulintest (DAT) | E

Antikörperidentifizierung | E

Isoagglutinine / Hämolsine (Titer) | V

Kälteagglutinine ** (ggf. Titer) | E

Kryoglobulin ** | V

Kryofibrinogen ** | E

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 + Telefonnummer

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

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