



**Institut für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie**  
**DRK-Blutspendedienst Frankfurt gemeinnützige GmbH**  
 Sandhofstraße 1, 60528 Frankfurt am Main  
**Ausgabe und Probenannahme**  
**Telefon (0 69) 67 82 - 218 Telefax (0 69) 67 82 - 291**

Akkreditiert nach DIN EN ISO 15189  
 und zertifiziert nach DIN EN ISO 9001  
 sowie European Federation for Immunogenetics Accreditation Program



Eingangsstempel

## Anforderungsschein für Laborleistungen

Anlieferung und Befund an Arzt / Praxis / Klinik

-----  
 -----

Ansprechpartner -----

Tel. ----- Fax. -----

### Namensänderungen bitte angeben!

#### Patientendaten ggf. -Aufkleber

Name -----  m  w

Vorname ----- Geb.-Datum -----

Straße -----

PLZ/Ort -----

- GKV-Patient - **Ü-Schein notwendig**
- Selbstzahler
- Rechnung an Einsender

#### Diagnose:

##### Thrombozytentransfusion innerhalb der letzten 5 Tage

unbekannt  nein  ja,

wenn ja bitte auch Anzahl der TK-Präparate: \_\_\_\_\_

und Inkrement-Angabe / Refraktärzustand: \_\_\_\_\_

weitere Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## Granulozyten- / Thrombozytendiagnostik

SZ	Untersuchung	Anforderung	Untersuchungs-material	SZ	Untersuchung	Anforderung	Untersuchungs-material
	<b>Granulozytendiagnostik*</b>				<b>Thrombozytendiagnostik*</b>		
	Nachweis und Spezifizierung Antigranulozytärer Antikörper		Serum		Nachweis und Spezifizierung freier und gebundener Thrombozytenantikörper (nicht kühl lagern !)		Serum und EDTA-Blut
	Granulozyten-Crossmatch		Serum		Thrombozytenkreuzprobe		Serum
	Nachweis/Spezifizierung gebundener antigranulozytärer Antikörper (nicht kühl lagern!) nur nach telefonischer Rücksprache mit dem Labor		EDTA-Blut		Abklärung bei Verdacht auf neonatale Alloimmunthrombozytopenie (NAIT) Tel. Rücksprache mit Labor erbeten wegen Probenmaterial		<b>Mutter:</b> EDTA-Blut + Vollblut ohne Zusätze <b>Vater:</b> EDTA-Blut <b>Kind:</b> EDTA-Blut; ggf. Vollblut ohne Zusätze
	Medikamentenabhängige antigranulozytäre Antikörper (bitte unbedingt Medikamentenangabe und Probe beifügen)		Serum, Urin, Medikament		Medikamentenabhängige Thrombozytäre Antikörper (bitte unbedingt Medikamentenangabe und Probe beifügen)		Serum, EDTA-Blut, Urin, Medikament
	Abklärung bei Verdacht auf neonatale Immunneutropenie (NAIG) Tel. Rücksprache mit Labor erbeten wegen Probenmaterial		<b>Mutter:</b> EDTA-Blut + Vollblut ohne Zusätze <b>Vater:</b> EDTA-Blut <b>Kind:</b> EDTA-Blut; ggf. Vollblut ohne Zusätze		Bernhard-Soulier-Syndrom GP Ib/IX (nicht kühl lagern!)		Citratblut
	Genotypisierung granulozytäre Antigene (HNA)		EDTA-Blut		Thrombasthenie Glanzmann GP IIb/IIIa (nicht kühl lagern!)		Serum
	Genotypisierung granulozytäre Antigene (HNA)		EDTA-Blut		Genotypisierung (HPA-Merkmale)		EDTA-Blut
	<b>Stammzell-Diagnostik</b>				<b>Immunstatus</b>		
	CD34 - Bestimmung		EDTA-Blut		NK-Zellen CD3-/CD56+		EDTA-Blut
	Koloniebildende Zellen (CFU)		EDTA-Blut		CD4/CD8-Ration		EDTA-Blut
	Differential-Blutbild		EDTA-Blut		T-Lymphozyten CD3+ / CD4+ / CD8+, B-Lymphozyten CD3-/CD19+		EDTA-Blut

Verantwortlich für die Identität der Blutproben und die Anforderung der Laborleistungen.	Blutprobe abgenommen durch
Datum _____ Unterschrift des Arztes _____	Datum ,Uhrzeit _____ Unterschrift _____
Name des Arztes (Druckbuchstaben) _____	Name (Druckbuchstaben) _____

Anforderungsschein für Laborleistungen (Immungenetik/HLA), Geltungsbereich: MVZ - DRK Blutspendedienst gGmbH Frankfurt  
 \* Diese Untersuchungen erfolgen im akkreditierten und zertifizierten Labor des DRK-Institutes in Mannheim