



Einsender:

Patient:

Name, Vorname:

Geburtsdatum: □ W □ M

Anschrift:

Anforderungsschein für Blutprodukte und Laborleistungen



Blutgruppenserologie und Immunhämatologie Ulm
Zentrale Oberer Eselsberg, Helmholtzstr.10, 89081 Ulm
Tel.: 0731-150-0

Referenzlabor Oberer Eselsberg, Helmholtzstr.10, 89081 Ulm
Tel.: 0731-150-610 Fax.: 0731-150-6573

Labor Universitätsklinikum, Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel.: 0731-150-536 (0-24 Uhr) Fax. 0731-150-567
Tel.: 0731-500-46000 (0-24 Uhr) Fax. 0731-500-46002

Kostenträger:

□ Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patienten)

□ GOÄ-Rechnung an Einsender/Klinik

Diagnose:

Table with 2 columns: Clinical history (Blood group, previous transfusions, etc.) and Pregnancy/Obstetrics (Pregnancies, miscarriages, etc.)

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

Table for blood component request: Anforderung von Blutkomponenten - gilt als Ärztliche Verordnung -

Table for immunohematological tests: Immunhämatologische Untersuchungen

Abnahmedatum

Unterschrift/Abnehmender (bitte auch in Blockschrift)

Unterschrift Ärztin/Arzt (bitte auch in Blockschrift)

E EDTA-Blut; V Vollblut ohne Zusätze; < Rücksprache mit dem Labor; ..EDTA- und Vollblut vor und nach Transfusion, Präparat