

**Einsender:**

MVZ DRK-Blutspendedienst Ulm  
 Ärztl. Leiter Dr. P. Schauwecker

**Blutgruppenserologie und Immunhämatologie**

Dr. C. Weinstock und Kollegen  
 Helmholtzstraße 10  
 89081 Ulm  
 Tel. 0731 / 150 - 610  
 Fax 0731 / 150 - 6573



**Patient:**

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....  w  m

Anschrift: .....

.....

**Kostenträger**

Laborleistungen GKV-Patient/in, ambulant ► **bitte ausgefüllten Ü-Schein (Nr. 10) beilegen**

Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patienten)

**Anforderung von Blutkomponenten ► bitte Rezept beilegen**

**Diagnose:**

Blutgruppe: ABO .....Rh.....	Schwangerschaften ja nein
Frühere Transfusionen? ja nein Wann zuletzt?.....	Fehlgeburten ja nein
Bekannte irreguläre Antikörper? ja nein	Anti-D-Prophylaxe ja nein
Wenn ja, bitte genaue Angaben: .....	Wann zuletzt? .....
Serologische Probleme? ja nein	
Wenn ja, bitte genaue Angaben: .....	

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

Anforderung von Blutkomponenten - gilt als Ärztliche Verordnung -		Immunhämatologische Untersuchungen	
<b>Anzahl</b>	<b>Präparat</b>	Vollständige Blutgruppenbestimmung AB0, RhD, Antikörpersuchtest	E
	Erythrozytenpräparat	Rh-Untergruppen	E
	Thrombozytenpräparat (Standard)	nur Antikörpersuchtest	E
	Thrombozytenpräparat/Apherese	Antikörperidentifizierung	E, V
	Thrombozytenpräparat HLA/HPA ausgewählt/Apherese	Direkter Antiglobulintest	E
	Gefrorenes Frischplasma	Antikörperelution	E
<b>Verträglichkeitsprobe</b>		Titerbestimmung:	
	Kreuzprobe 10 ml EDTA-Blut, 10 ml Vollblut	Isoagglutinine/Hämolysine	V
	Spezielle Antigenaustestung/ Antigen.....	Kälteagglutinine	V
		Immunantikörper (Anti- .....)	E
<b>Spezielle Präparationen</b>		Abklärung bei Verdacht auf Transfusionsreaktion	...
	bestrahlt	Morbus haemolyticus neonatorum	E
	Anti-CMV negativ	Donath-Landsteiner Antikörper	V«
	Baby-Portionierung (4 Beutel Erythrozyten)	Kryoglobulin	«
	Baby Thrombozytenkonzentrat (eingeengt)	T-Aktivierung	E
<b>Angaben zur Dringlichkeit der Untersuchung</b>		Abklärung oder Verlaufskontrolle autoimmunhämolytischer Anämien	E, V
<b>Bereitstellung</b>		Durchflusszytometrische Bestimmung von Erythrozytenpopulationen	E
Vorgesehener Transfusionstermin		<b>Molekularbiologische Diagnostik</b>	
Datum:	Uhrzeit:	AB0-Genotypisierung	E
<b>Notfall</b> (sofortige Bearbeitung)		RHD-Genotypisierung	E
<b>Sonstiges:</b>		RHCE-Genotypisierung	E
		Kell-Genotypisierung	E
		Kidd-Genotypisierung	E
		Duffy-Genotypisierung	E
		Genotypisierung seltener Blutgruppen	E

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