



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 status (Schwangerschaften, Fehlgeburten, etc.).

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

Table for 'Anforderung von Blutkomponenten' with columns for 'Anzahl' and 'Präparat'. Includes sections for 'Verträglichkeitsprobe', 'Spezielle Präparationen', 'Angaben zur Dringlichkeit der Untersuchung', 'Bereitstellung', and 'Sonstiges'.

Table for 'Immuhämatologische Untersuchungen' with columns for test name and result (E, V, etc.). Includes 'Molekularbiologische Diagnostik' section.

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