



Einsender:

Patient:

Name, Vorname:

Geburtsdatum: □ w □ m

Anschrift:

.....

Anforderungsschein für Blutprodukte und Laborleistungen. Blutgruppenserologie und Immunhämatologie. Zentrale Oberer Eselsberg, Helmholtzstr.10, 89081 Ulm. Tel.: 0731-150-0. Referenzlabor Tel.: 0731-150-610 Fax: 0731-150-6573. Labor für das Universitätsklinikum Tel.: 0731-150-536 (0-24 Uhr) Fax: 0731-150-567



Kostenträger:

□ Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patienten)

□ GOÄ-Rechnung an Einsender/Klinik

Diagnose: Medikamente und Transfusionen in den letzten 3 Wochen: □ Antibiotika □ i.v. IgG □ Transfusionen? 6 Monaten: □ Therapeutische monoklonale Antikörper (z.B. Darzalex) Bekannte irreguläre Antikörper? Derzeit Schwanger? Serologische Probleme? Anti-D-Prophylaxe? Wann zuletzt?

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

Anforderung von Blutkomponenten - gilt als Ärztliche Verordnung - Anzahl Präparat Erythrozytenpräparat Thrombozytenpräparat (Standard) Thrombozytenpräparat/Apherese Thrombozytenpräparat HLA/HPA ausgewählt/Apherese Gefrorenes Frischplasma Spezielle Präparationen bestrahlt CMV negativ (PCR) Baby-Portionierung (4 Beutel Erythrozyten) Baby Thrombozytenkonzentrat (eingeeengt) Verträglichkeitsprobe Kreuzprobe 10 ml EDTA-Blut, 10 ml Vollblut Spezielle Antigenaustestung/ Antigen..... Angaben zur Dringlichkeit der Untersuchung Bereitstellung, vorgesehener Transfusionstermin Datum: Uhrzeit: Notfall (sofortige Bearbeitung) Sonstiges:

Immunhämatologische Untersuchungen □ Vollständige Blutgruppenbestimmung AB0, RhD, Antikörpersuchtest E □ Rh-Untergruppen E □ nur Antikörpersuchtest E □ Antikörperidentifizierung E, V □ Direkter Antiglobulintest E □ Antikörperelution E □ Titerbestimmung: E □ Isoagglutinine/Hämolyse E □ Kälteagglutinine E □ Immunkörper (Anti-) E Abklärung bei Verdacht auf Transfusionsreaktion • □ Morbus haemolyticus neonatorum E □ Donath-Landsteiner Antikörper V ♦ □ Kryoglobuline ♦ □ T-Aktivierung E □ Abklärung oder Verlaufskontrolle autoimmunhämolytischer Anämien E, V □ Durchflusszytometrische Bestimmung von Erythrozytenpopulationen E Molekularbiologische Diagnostik (Genotypisierung) □ AB0 □ RHD □ RHCE E □ Kell □ Kidd (JK) □ Duffy (FY) E □ Andere E E EDTA-Blut; V Vollblut ohne Zusätze; ♦ Rücksprache mit dem Labor; • EDTA- und Vollblut vor und nach Transfusion, Präparat

Abnahmedatum

Abnehmende Person (Blockschrift)

Unterschrift Ärztin/Arzt (bitte auch in Blockschrift)