

Patienten-Aufkleber bitte auf alle Durchschläge!
Namensänderung bitte angeben!

Aufnahmenummer

Name m w d

Vorname Geb.-Datum

Anschrift

Kostenträger:
Ärztliche Wahlleistung ja nein oder ambulant (Ü-Schein Muster 10 beilegen)
Krankenversichert: privat gesetzlich

Diagnose/ICD-Code infektiös

ABO-Blutgruppe bekannt ja nein
 ABO-Blutgruppe A B AB 0 - Rh. (D) positiv negativ

Irreguläre Antikörper:
 (Bitte Patienten nach Blutspendeausweis, Unfall- oder Mutterpass fragen!)

frühere Transfusionen unbekannt nein ja, zuletzt
 frühere Schwangerschaften unbekannt nein ja, zuletzt
 Zustand nach Knochenmark- oder Stammzell-Transplantation am:
 Zustand nach Rhesusprophylaxe am:

Medikamente, welche die Kreuzprobe beeinträchtigen z.B. HAES:

Besonderheiten:

Bestellung für Präparate und Laborleistungen
Untersuchungsmaterial: für Kreuzproben 2 x 5 ml EDTA-Blut

Anlieferung und Befund an:
 Adresse Einsender:

Kunden-Nr.: (falls bekannt):

Station: Telefon:

Blutprobe abgenommen am:

Entnahme durch:

Datum Unterschrift Name (Druckbuchstaben)

Datum Unterschrift des Arztes Name des Arztes (Druckbuchstaben)

Für die Identität der Blutprobe ist der anfordernde Arzt verantwortlich.

Transfusion geplant am: _____
Wir bitten um Lieferung am: _____
 durch Depot Abholung

Aktuelle Vorbefunde (Bitte Kopie der Antigen-Tabellen mitschicken)
 Suchzelle positiv: 1 2 3
 Methode:
 Direkter Antihumanglobulintest (DAT) pos neg
 Bearbeitung innerhalb Tagesroutine (Normaltest)
 Probeneingang Mo-Fr. von 8:00 -18.00 Uhr

Schnelltest (2-3 Stunden) **Notfalltransfusion**
 Ek innerhalb 2-3 Stunden bereitstellen (nach Ankunft der Probe im Labor) (nach telefonischer Rücksprache)

Von der Klinik auszufüllen!

Bitte ankreuzen!	Laborleistungen
<input type="checkbox"/>	Blutgruppenbestimmung und Rh-Faktor
<input type="checkbox"/>	Blutgruppenbestimmung und Rhesusformel (bei langfristigem Transfusionsbedarf, bei erythr. Antikörpern, bei Frauen im gebärfähigen Alter)
<input type="checkbox"/>	Antikörpersuchtest
<input type="checkbox"/>	DAT (Direkter Antihumanglobulintest)
<input type="checkbox"/>	HLA-Typisierung (nach Rücksprache)
<input type="checkbox"/>	HLA B27
<input type="checkbox"/>	Thrombozytäre Diagnostik

Anzahl	Blutprodukt	gelief.
	Leukozytenarmes Erythrozytenkonzentrat	
	Thrombozytapheresekonzentrat (Zellseparator) (leukozytenarm)	
	Leukozytenarmes Thrombozytenkonzentrat (aus 4 Spenden)	
	Gefrorenes Frischplasma (quarantäne-gelagert)	

Bitte ankreuzen!
Sonderanforderungen
 Bestrahlen

Von Blutspendedienst auszufüllen	
Präparat teilen: 4 Teile	3982
Eigenblut-Erythrozytenkonzentrat	3983
Eigenblut-Gefrorenes Frischplasma	4000
Gewaschenes Erythrozytenkonzentrat (nur nach Rücksprache m. BSD-Arzt!)	3988
	3991
Hinweis Bei ambulanter Transfusion zusätzlich Rezept beilegen	3989
Anzahl:	3992
Transfusionsbesteck (Art. Nr. M0415)	3997
Bedside Test Art. Nr. (M0432)	3998
Sonstiges:	3984
	3985
Auftragsnr.	3986
	3980
	3993
	3999

		Blutgruppenbestimmung und Rhesusfaktor
		Blutgruppenbestimmung und Rh-Unterguppe
		Kreuzprobe
		Antikörpersuchtest (Coombs)
		Antikörpersuchtest (Enzym)
		Antikörper-Differenzierung (Liss/Coombs)
		Antikörper-Differenzierung (Enzym/NACL)
		DAT polyspez.
		DAT monospez.
		Le ^a , Le ^b , M, N, S, P1, C, c, E, e, A ₁ , H
		Cw, Kell, D ^u , Fy ^a , Fy ^b , Kp ^a , Kp ^b , Js ^a , Js ^b ,
		Jk ^a , Jk ^b , Lu ^a , Lu ^b , k, s, Wr ^a , Co ^b ,
		ABD-Bestimmung
		Dilution
		Elution

Bei Probeneingang nach 18.00 Uhr kann die routinemäßige Bearbeitung erst am darauf folgenden Tag erfolgen. Bitte füllen Sie den Anforderungsschein vollständig aus, dies vermeidet Rückfragen und Verzögerungen.