



Institut für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie
DRK-Blutspendedienst Frankfurt gemeinnützige GmbH
 Sandhofstraße 1, 60528 Frankfurt am Main
Ausgabe und Probenannahme
 Telefon (0 69) 67 82 – 218 Telefax (0 69) 67 82 - 291

Akkreditiert nach DIN EN ISO 15189
 und zertifiziert nach European Federation for Immunogenetics Accreditation Program



Eingangsstempel

Anforderungsschein für Laborleistungen

Anlieferung und Befund an Arzt / Praxis / Klinik

Ansprechpartner _____

Tel. _____ Fax. _____

Namensänderungen bitte angeben!

Patientendaten ggf. -Aufkleber

Name _____ ☐ m ☐ w

Vorname _____ Geb.-Datum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

- ☐ GKV-Patient - Ü-Schein notwendig
☐ Selbstzahler
☐ Rechnung an Einsender

Diagnose:

Thrombozytentransfusion innerhalb der letzten 5 Tage

☐ unbekannt ☐ nein ☐ ja

wenn ja bitte auch Anzahl der TK-Präparate: _____

und Inkrement-Angabe / Refraktärzustand: _____

weitere Bemerkungen: _____

Granulozyten- / Thrombozytendiagnostik

SZ	Untersuchung	Anforderung	Untersuchungs-material	SZ	Untersuchung	Anforderung	Untersuchungs-material
	Granulozytendiagnostik*				Thrombozytendiagnostik*		
	Nachweis und Spezifizierung Antigranulozytärer Antikörper		Serum		Nachweis und Spezifizierung freier und gebundener Thrombozytenantikörper (nicht kühl lagern !)		Serum und EDTA-Blut
	Granulozyten-Crossmatch		Serum		Thrombozytenkreuzprobe		Serum
	Nachweis/Spezifizierung gebundener antigranulozytärer Antikörper (nicht kühl lagern!) nur nach telefonischer Rücksprache mit dem Labor		EDTA-Blut		Abklärung bei Verdacht auf neonatale Alloimmunthrombozytopenie (NAIT) Tel. Rücksprache mit Labor erbeten wegen Probenmaterial		Mutter: EDTA-Blut + Vollblut ohne Zusätze Vater: EDTA-Blut Kind: EDTA-Blut; ggf. Vollblut ohne Zusätze
	Medikamentenabhängige antigranulozytäre Antikörper (bitte unbedingt Medikamentenangabe und Probe beifügen)		Serum, Urin, Medikament		Medikamentenabhängige Thrombozytäre Antikörper (bitte unbedingt Medikamentenangabe und Probe beifügen)		Serum, EDTA-Blut, Urin, Medikament
	Abklärung bei Verdacht auf neonatale Immuneutropenie (NAIG) Tel. Rücksprache mit Labor erbeten wegen Probenmaterial		Mutter: EDTA-Blut + Vollblut ohne Zusätze Vater: EDTA-Blut Kind: EDTA-Blut; ggf. Vollblut ohne Zusätze		Bernhard-Soulier-Syndrom GP Ib/IX (nicht kühl lagern!)		Citratblut
					Thrombasthenie Glanzmann GP IIb/IIIa (nicht kühl lagern!)		Serum
	Genotypisierung granulozytäre Antigene (HNA)		EDTA-Blut		Genotypisierung (HPA-Merkmale)		EDTA-Blut
	Stammzell-Diagnostik				Immunstatus		
	CD34 – Bestimmung		EDTA-Blut		CD4/CD8-Ration		EDTA-Blut
	Differential-Blutbild		EDTA-Blut				

Verantwortlich für die Identität der Blutproben und die Anforderung der Laborleistungen.

Datum _____ Unterschrift des Arztes _____

Name des Arztes (Druckbuchstaben) _____

Blutprobe abgenommen durch _____

Datum , Uhrzeit _____ Unterschrift _____

Name (Druckbuchstaben) _____

Anforderungsschein für Laborleistungen (Immunogenetik/HLA), Geltungsbereich: MVZ – DRK Blutspendedienst gGmbH Frankfurt

* Diese Untersuchungen erfolgen im akkreditierten und zertifizierten Labor des DRK-Institutes in Mannheim