Deutsches Rotes Kreuz

DRK-Blutspendedienst
Baden–Württemberg-Hessen gemeinnützige GmbH
Institut für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie
Dr. med. A. Opitz

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-17345-01-00

Auftrag für

☐ Kreuzlabor Kassel - ☐ MVZ DRK BSD FFM gGmbH,
Zweigpraxis Kassel (nicht DIN EN ISO 15189 akkreditiert)

Mönchebergstr. 57 - 34125 Kassel
Kreuzlabor **0561-8793-122/123** Fax **0561-8793-110**
Vertrieb/Ausgabe: **0561-8793-111** Fax **0561-875396**

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

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.

Diagnose/ICD-Code ☐ infektiös

ABO-Blutgruppe bekannt ☐ ja ☐ nein

AB0-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:

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

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

☐ **Notfalltransfusion**
(nach telefonischer Rücksprache)

☐ **Bearbeitung innerhalb Tagesroutine (Normaltest)**
Probeneingang Mo-Fr. von 8:00 -18.00 Uhr

Von der Klinik auszufüllen!

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

Bitte ankreuzen!	Sonderanforderungen
	Bestrahlen
	CMV-negativ (Art. Nr. M0705)
	Präparat teilen: 4 Teile
	Gewaschenes Erythrozytenkonzentrat (nur nach Rücksprache m. BSD-Arzt!)
Hinweis	**Bei ambulanter Transfusion zusätzlich Rezept beilegen**
Anzahl:	
	Transfusionsbesteck (Art. Nr. M0415)
	Bedside Test Art. Nr. (M0432)
Sonstiges:	
Auftragsnr.	

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

Vom Blutspendedienst auszufüllen

3982		Blutgruppenbestimmung und Rhesusfaktor
3983		Blutgruppenbestimmung und Rh-Untergruppe
4000		Kreuzprobe
3988		Antikörpersuchtest (Coombs)
3991		Antikörpersuchtest (Enzym)
3989		Antikörper-Differenzierung (Liss/Coombs)
3992		Antikörper-Differenzierung (Enzym/NACL)
3997		DAT polyspez.
3998		DAT monospez.
3984		Le^a, Le^b, M, N, S, P1, C, c, E, e, A_1, H
3985		Cw, Kell, D^u, Fy^a, Fy^b, Kp^a, Kp^b, Js^a, Js^b,
3986		Jk^a, Jk^b, Lu^a, Lu^b, k, s, Wr^a, Co^b,
3980		ABD-Bestimmung
3993		Dilution
3999		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.