

Patientendaten		Einsender	
Name _____ Vorname _____ geb. am _____ ☐ männlich ☐ weiblich Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____		Name des anfordernden Arztes (bitte leserlich) _____ Telefon _____ Stempel und Unterschrift des anfordernden Arztes _____	
Kostenträger			
☐ GKV-Patient/-in → bitte ausgefüllten Ü-Schein Nr. 10 beilegen ☐ GOÄ-Rechnung an Einsender / Klinik			
☐ Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patienten) ☐ Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patienten) Für Selbstzahler bitte Kostenübernahmeerklärung ausfüllen, ggf. Kostenvorschlag anfordern.			
Entnahmedatum: _____		Postversand: ungekühlt (Probeneingang: Montag-Freitag)	
HLA-Typisierung (SSP-PCR) (10ml EDTA-Blut)			
☐	Klasse I gesamt (low) ☐ A* ☐ B* ☐ C*		
☐	Klasse II gesamt (low) ☐ DRB1* ☐ DQB1* ☐ DQA1* ☐ DPA1*, DPB1*		
☐	Klasse II gesamt (high) ☐ DRB1* ☐ DQB1*		
☐ Einverständnis des Patienten liegt vor!			
Name und Unterschrift des Arztes: _____			
HLA-Antikörper (ggf. Differenzierung) (10ml Serum)			
☐	Bead-Array-Methode (Luminex)	☐	LCT
Crossmatch (10ml EDTA + 10ml Heparin Spender; 10ml Serum Empfänger)			
☐	Bead-Array-Methode (Luminex)	☐	LCT
Listung Organtransplantation (10ml EDTA, 10ml Heparin, 10ml Serum Empfänger)			
☐	HLA-Klasse I + II Typisierung, autologes Crossmatch, HLA-Antikörper		
Quartalsscreening vor Nierentransplantation (10ml Serum)			
☐	Quartal	☐	nach immunisierendem Ereignis
Immunisierende Ereignisse:			
Impfung: _____			
Bluttransfusion: _____			
Schwangerschaft: _____			
Transplantatentfernung: _____			
Sonstiges: _____			