



**Medizinisches Versorgungszentrum
DRK-Blutspendedienst Frankfurt gemeinnützige GmbH**
Sandhofstraße 1, 60528 Frankfurt am Main
Ausgabe und Probenannahme
Telefon (0 69) 67 82 - 218 / 219 Telefax (0 69) 67 82 - 291

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



Anforderungsschein für Laborleistungen

Anlieferung und Befund an Arzt / Praxis / Klinik

Ansprechpartner _____

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

Infektiös

frühere Transfusionen unbekannt nein ja, zuletzt

früh. Schwangerschaften unbekannt nein ja, zuletzt

Zustand nach Blutzell- oder solid Organ-Transplantation am _____

Bemerkungen _____

Immungenetik / HLA

| SZ | Untersuchung | Anfor-derung | Unterschung smaterial | SZ | Untersuchung | Anfor-derung | Untersuchung smaterial |
|----|---|--------------|-----------------------|----|---|--------------|--|
| | Molekularbiologische Bestimmung von HLA-Merkmalen, niedrigauflösend | | | | Leukozyten-Antikörperuntersuchung (LCT) | | |
| | HLA-Klasse I (A/B/C) Typisierung, niedrigauflösend | | EDTA-Blut | | HLA-Antikörper-Screening | | Serum |
| | HLA-Klasse II (DRB1/DQB1) Typisierung, niedrigauflösend | | EDTA-Blut | | HLA-Antikörper-Differenzierung | | Serum |
| | HLA-DQA1 Typisierung, niedrigauflösend | | EDTA-Blut | | HLA-Klasse I / II-Antikörperbestimmung mittels Microbead (Festphase) Lumex | | |
| | Molekularbiologische Bestimmung von HLA-Merkmalen, hochauflösend | | | | HLA-Antikörper-Screening (Klasse I und Klasse II) | | Serum |
| | HLA-Klasse I (A/B/C) Typisierung, hochauflösend | | EDTA-Blut | | Single-Antigen HLA-Antikörper-Differenzierung Klasse I | | Serum |
| | HLA-Klasse II (DRB1/DQB1) Typisierung, hochauflösend | | EDTA-Blut | | Single-Antigen HLA-Antikörper-Differenzierung Klasse II | | Serum |
| | HLA-DPB1 Typisierung, hochauflösend | | EDTA-Blut | | HLA-Klasse I / II-Antikörperbestimmung zum Nachweis von C1q-Komplement-bindenden Antikörpern mittels Microbead (Festphase) Lumex | | |
| | HLA-DRB3, -DRB4, -DRB5, Typisierung, hochauflösend | | EDTA-Blut | | Single-Antigen HLA-Klasse I - C1q-Komplement Antikörper-Differenzierung | | Serum |
| | Null (N)-Allel Ausschluss (molekulargenetisch) | | EDTA-Blut | | Single-Antigen HLA-Klasse II - C1q-Komplement Antikörper-Differenzierung | | Serum |
| | Untersuchung auf HLA-Antigen krankheits-assoziation (GenDiag)* | | EDTA-Blut | | Crossmatch (serologische Verträglichkeitsprobe im HLA-System) | | |
| | Untersuchung auf HLA-Antigen assozierte Pharmakokinetik (z. B. HLA-B*57:01) | | EDTA-Blut | | Allogen Crossmatch | | Empfänger: Serum Spender: Heparin-Blut / Milz / Lymphknoten |
| | Familienspendersuche bitte Verwandtschaftsgrad angeben: | | | | Crossmatch: ungetrennt T+B Zell// T-Zellen / B-Zellen (bitte gewünschte Zellen angeben) | | |
| | HLA-Ersttypisierung HLA-Klasse I (A/B/C) und Klasse II (DRB1/DQB1), niedrigauflösend | | EDTA-Blut | | Autologes Crossmatch | | Empfänger: Serum und Heparin-Blut |
| | HLA-Ersttypisierung HLA-Klasse I (A/B) und Klasse II (DRB1), niedrigauflösend | | EDTA-Blut | | B-Zell Reaktivität (LCT-Panel) | | |
| | Bestätigungstypisierung HLA-Klasse I (A/B/C) und Klasse II (DRB1/DQB1), hochauflösend | | EDTA-Blut | | Organtransplantation | | |
| | einschließlich CMV-Status (CMV IgG) | | Serum | | Neuanmeldung Warteliste (HLA-Typisierung, Antikörper-Screening, Autologes Crossmatch) | | EDTA-, Heparin-Blut, Serum |
| | Sonstiges | | | | Lebendspende (HLA-Typisierung, Antikörper-Screening, Autologes Crossmatch) | | EDTA-, Heparin-Blut, Serum |
| | | | | | Bestätigungstypisierung HLA-Klasse I und II | | EDTA-Blut |
| | | | | | Quartals-Screening (Antikörper-Screening, Antikörper-Differenzierung, LCT) | | Serum |

| | |
|---|-------------------------------|
| Verantwortlich für die Identität der Blutproben und die Anforderung der Laborleistungen, * die nach dem Gen-Diagnostik Gesetz erforderliche Aufklärung und Einwilligung des Patienten ist erfolgt: | Blutprobe abgenommen durch: |
| Datum _____ | Unterschrift des Arztes _____ |
| Name des Arztes (Druckbuchstaben) _____ | Datum/Uhrzeit _____ |
| | Unterschrift _____ |
| | Name (Druckbuchstaben) _____ |