



# Transfusionsserologie / Blutkonservendepot

Tel. (0371) 333 33452 Fax (0371) 333 33477

**Patientendaten / Etikett**  weiblich  männlich  divers

**Auftraggeber / Stempel**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

- stationär GKV  Abrechnung mit KV: Überweisungsschein M10 / ggf. Rezept für Präparat(e) beilegen  
 stationär PKV (Privatpatient)  Selbstzahler (siehe Anschrift des Patienten)

Wird keines der zur Verfügung stehenden Felder angekreuzt, erfolgt Rechnungsstellung automatisch an den Auftraggeber!  
Bei Selbstzahlern übernimmt der Einsender / Auftraggeber die Ausfallgarantie für die Kosten.

Wichtige anamnestische Angaben

## Diagnose / ICD-Nr.

Vortransfusionen?  nein  ja wenn ja, wann zuletzt \_\_\_\_\_

Schwangerschaften?  nein  ja aktuelle SSW \_\_\_\_\_ Anti D-Prophylaxe?  nein  ja Datum \_\_\_\_\_

Z.n. Rh-D-Umstellung?  nein  ja Datum \_\_\_\_\_ Z.n. KMT/ SZT?  nein  ja Datum \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikation:  IVIG  Daratumumab  andere monokl. AK \_\_\_\_\_ erhalten am: \_\_\_\_\_

**Blutgruppe / irreguläre Antikörper** Bitte Befunde / Transpl.-Unterl. mitgeben \_\_\_\_\_  
(ggf. Kopie Blutgruppenpass, Mutterpass)

**Laborbefunde** falls vorhanden

## Gewünschte Untersuchungen

**Bitte mindestens 5 ml EDTA-Blut.** Röhrchen beschriften  
(Name, Vorname, Geb.-Dat.) sonst keine Bearbeitung möglich. Bei  
Neugeborenen bitte auch Blut der Mutter mit einsenden.

**Blutgruppenbestimmung / Antikörperdiagnostik**  
ABO, Rh-D, AK-Suchtest; ggf. Rh-Formel, Kell, DAT, weitere Antigene

**Serologische Verträglichkeitsprobe mit:**  
\_\_\_\_\_ x Erythrozytenkonzentrat  **bestrahlt**

- Weitere Untersuchungen / Fragestellung**
- Antikörper-Differenzierung
  - Abklärung direkter Antihumanglobulintest (DAT)
  - Elution
  - Antikörpertiter
  - Blutgruppen-PCR tel. Absprache
  - Kälteagglutinine tel. Absprache
  - Anderes \_\_\_\_\_

**Untersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge**

**Spezialpräparate** \_\_\_\_\_  
z.B. EK 40 ml, CMV-DNA nicht nachgewiesen, Austauschpräparat,  
tel. Absprache

### Humanplasma gefroren 200 ml:

Anzahl  bitte eintragen

**Notfall- sofort** immer tel. Absprache

Blutentnahme / Datum, Uhrzeit \_\_\_\_\_

Entnehmende Person \_\_\_\_\_ **Name in Druckschrift o. Stempel**

Anfordemde/r Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_ **Name in Druckschrift o. Stempel**

Erreichbar unter Tel.: \_\_\_\_\_

Ohne lesbaren Arztnamen (Vor- und Nachname) ist die Anforderung  
rechtlich ungültig und darf nicht bearbeitet werden

**Bearbeitung:**  Routine  heute **Transfusion geplant:** Datum / Uhrzeit \_\_\_\_\_

**Befundmitteilung:**  anrufen, wenn fertig, Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Lieferung:**  für OP am \_\_\_\_\_  **Notfall- sofort** immer tel. Absprache