

Einsender:

MVZ DRK-Blutspendedienst Ulm
 Ärztl. Leiter Dr. P. Schauwecker

Blutgruppenserologie und Immunhämatologie

Patient:

Name, Vorname:
 Geburtsdatum: w m
 Anschrift:

Dr. C. Weinstock und Kollegen
 Helmholtzstraße 10
 89081 Ulm
 Tel. 0731 / 150 - 610
 Fax 0731 / 150 - 6573



Kostenträger

Laborleistungen GKV-Patient/in, ambulant ► **bitte ausgefüllten Ü-Schein (Nr. 10) beilegen**

Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patienten)

Anforderung von Blutkomponenten ► bitte Rezept beilegen

Diagnose: Medikamente und Transfusionen in den letzten
 Blutgruppe ABO Rh 3 Wochen: Antibiotika i.v. IgG Transfusionen?
 Bekannte irreguläre Antikörper? 6 Monaten: Therapeutische monoklonale Antikörper (z.B. Darzalex)
 Serologische Probleme? Derzeit Schwanger?
 Anti-D-Prophylaxe? Wann zuletzt?

Bitte den Schein immer vollständig ausfüllen! Die Unterschrift des Arztes bestätigt Auftrag und Probenidentität.

Anforderung von Blutkomponenten - gilt als Ärztliche Verordnung -	
Anzahl	Präparat
	Erythrozytenpräparat
	Thrombozytenpräparat (Standard)
	Thrombozytenpräparat/Apherese
	Thrombozytenpräparat HLA/HPA ausgewählt/Apherese
	Gefrorenes Frischplasma
Spezielle Präparationen	
<input type="checkbox"/>	bestrahlt
<input type="checkbox"/>	CMV negativ (PCR)
<input type="checkbox"/>	Baby-Portionierung (4 Beutel Erythrozyten)
<input type="checkbox"/>	Baby Thrombozytenkonzentrat (eingengt)
Verträglichkeitsprobe	
<input type="checkbox"/>	Kreuzprobe 10 ml EDTA-Blut, 10 ml Vollblut
<input type="checkbox"/>	Spezielle Antigenaustellung/ Antigen.....
Angaben zur Dringlichkeit der Untersuchung	
Bereitstellung, vorgesehener Transfusionstermin	
Datum:	Uhrzeit:
<input type="checkbox"/>	Notfall (sofortige Bearbeitung)
Sonstiges:	

Immunhämatologische Untersuchungen			
<input type="checkbox"/>	Vollständige Blutgruppenbestimmung AB0, RhD, Antikörpersuchtest	E	
<input type="checkbox"/>	Rh-Untergruppen	E	
<input type="checkbox"/>	nur Antikörpersuchtest	E	
<input type="checkbox"/>	Antikörperidentifizierung	E, V	
<input type="checkbox"/>	Direkter Antiglobulintest	E	
<input type="checkbox"/>	Antikörperelution	E	
	Titerbestimmung:	E	
<input type="checkbox"/>	Isoagglutinine/Hämolsine	E	
<input type="checkbox"/>	Kälteagglutinine	E	
<input type="checkbox"/>	Immunantikörper (Anti-)	E	
	Abklärung bei Verdacht auf		
<input type="checkbox"/>	Transfusionsreaktion	•	
<input type="checkbox"/>	Morbus haemolyticus neonatorum	E	
<input type="checkbox"/>	Donath-Landsteiner Antikörper	V ♦	
<input type="checkbox"/>	Kryoglobuline	♦	
<input type="checkbox"/>	T-Aktivierung	E	
<input type="checkbox"/>	Abklärung oder Verlaufskontrolle autoimmunhämolytischer Anämien	E, V	
<input type="checkbox"/>	Durchflusszytometrische Bestimmung von Erythrozytenpopulationen	E	
Molekularbiologische Diagnostik (Genotypisierung)			
<input type="checkbox"/>	AB0	<input type="checkbox"/> RHD <input type="checkbox"/> RHCE	E
<input type="checkbox"/>	Kell	<input type="checkbox"/> Kidd (JK) <input type="checkbox"/> Duffy (FY)	E
<input type="checkbox"/>	Andere		E
E EDTA-Blut; V Vollblut ohne Zusätze; ♦Rücksprache mit dem Labor; •EDTA- und Vollblut vor und nach Transfusion, Präparat			

Abnahmedatum

Abnehmende Person (Blockschrift)

Unterschrift Ärztin/Arzt
(bitte auch in Blockschrift)