

Deutsches Rotes Kreuz

Aufnahmenummer BSD/MVZ (Tubemanager)

2. Kostenträger / Aufnahmezustand:

- stationär/GKV (P1) DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg - Hessen gGmbH
Sandhofstraße 1 / 60528 Frankfurt/Main
Vertrieb: Tel.: 4700 / Fax: (069) 6782-127
- stationär/Privat (P2) Kreuzlabor:
(ohne Wahlarzt) Tel.: 4141 (07:30 - 18:00 Uhr) / Fax: (069) 6782-204
- ambulant/§ 116b (P3) (Immunhämatologie)



- stationär/Wahlarzt (P4) Medizinisches Versorgungszentrum
DRK-Blutspendedienst Frankfurt gGmbH
Sandhofstraße 1 / 60528 Frankfurt/Main
Tel.: (069) 6782-213 / Fax: -200
- ambulant/Privat (P5)
- ambulant/GKS (P6) (Ü.-Schein 10 erforderlich)



1. Patient:

Name: _____ w m
 Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____
 Anschrift/ Straße : _____
 PLZ: _____ Wohnort: _____
 Land: _____

3. Anforderung / Berechnung:

Station: _____ Kd.-Nr.: _____
 Haus: _____ Tel.: _____
 Anlieferung und Befund an (falls abweichend):
 Station: _____ Kd.-Nr.: _____
 Haus: _____ Tel.: _____

4. Lieferung (unbedingt ausfüllen):

- sofort auf Station liefern
- auf Station am:
- auf Abruf im BSD aufbewahren
- Chir.-OP am:
- ZNN-OP am:
- Sonstiges:

5. Immunhämatologische Angaben / Diagnose:

Diagnose: _____ infektiös
 ABO-Blutgruppe: _____ Rh-D: positiv negativ
 ■ Transfusionen: nein ja, wann zuletzt: _____
 ■ Schwangerschaften/Fehlgeburten: nein ja, wann: _____
 ■ Bekannte irreguläre Antikörper? nein
 wenn ja: Bitte genaue Angaben: _____
Zustand nach Knochenmark- oder Stammzell-Transplantation:
 Blutgruppe Spender: _____ Blutgruppe Empfänger: _____
 Datum der Transplantation: _____

Bei Neu- und Frühgeborenen bitte immer:

Name: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____
 der Mutter angeben.
 ■ Bei Frühgeborenen: Errechneter Geb.-Termin: _____
 ■ Anti-D-Prophylaxe? ja, wann zuletzt: _____
 ■ Intrauterine Transfusion? ja, wann zuletzt: _____

6.1 Bearbeitung im SCHNELLTEST:

- Nach Anruf ! Sofort (ungekreuzt) auszugeben**
 Mo.-Fr.(07:45-18:00 Uhr), Sa.(07:45-12:30 Uhr) Tel.: 4141
 Mo.-Fr.(ab 18:00 Uhr, Sa. 12:30 - Mo. 07:30 Uhr) Tel.: 4700
- Notfalltransfusion (gekreuzt)**
 Innerhalb 1 Stunde bereit stellen (nach Ankunft der Probe im Labor)
- Schnelltest (2 -3 Stunden)**
 Innerhalb 2 -3 Stunden bereit stellen (nach Ankunft der Probe im Labor)

6.2 Bearbeitung innerhalb Tagesroutine (NORMALTEST):

- Abgabe Blutproben an Leitstelle bis * > Bereitstellung gekreuzte EK ab **:
 Mo. - Sa. 08:00 Uhr * > ab ca. 11:00 Uhr **
 Mo. - Sa. 10:00 Uhr * > ab ca. 13:00 Uhr **
 Mo. - Fr. 12:00 Uhr * > ab ca. 15:00 Uhr **
 Mo. - Fr. 13:00 Uhr * > ab ca. 16:00 Uhr **
 Mo. - Fr. 14:00 Uhr * > ab ca. 17:00 Uhr **
 Mo. - Fr. 15:00 Uhr * > ab ca. 18:00 Uhr **

7. Anforderung v. Blutkomponenten (gilt als Ärztliche Verordnung)

Anzahl:	Präparat:	geliefert:
	Erythrozytenkonzentrat	
	Gefrorenes Frischplasma (GFP)	
	Thrombozytenkonzentrat (TK-Pool)	
	Thrombozytenkonzentrat (Apherese) <input type="checkbox"/> HLA-ausgewählt <input type="checkbox"/> HPA-ausgewählt	Rücksprache erforderlich! Tel.: 069/6782-199

8. Immunhämatologische Untersuchungen:

<input type="checkbox"/> Blutgruppe (ABO,RhD, ggf.Rh-Untergruppe *,AKS,DAT)	E
<input type="checkbox"/> Rh-Untergruppe (CcEe)	E
<input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest (AKS)	E
<input type="checkbox"/> Direkter Antihumanglobulintest (DAT)	E
<input type="checkbox"/> Antikörperidentifizierung	E
<input type="checkbox"/> Isoagglutinine / Hämolysine (Titer) ***	V
<input type="checkbox"/> Kälteagglutinine ** (ggf. Titer) ***	E
<input type="checkbox"/> Kryoglobulin ** ***	V
<input type="checkbox"/> Kryofibrinogen **	E

Spezielle Präparationen:

- bestrahlt (EK, TK)
- CMV-AK negativ (EK, TK)
- Portionierung 1 EK (4 x Baby-Beutel)
- gewaschen (EK, TK) Rücksprache erforderlich!
(Tel: 4141 / 4700)
- zur intrauterinen Transfusion Rücksprache (Tel.: 4141)
und Sonderpräparate-
Anforderung erforderlich!
- zur Austauschtransfusion _____ ml

Zeichenerklärung:
 * Frauen ≤ 50 J.: AK-Nachweis, chron. Transfusion V = Vollblut ohne Zusätze
 ** warm abgenommenes Blut (Transport bei 37°C) E = EDTA-Blut
 *** nicht akkreditiert nach ISO 15189

9. Unterschriften:

Blutentnahme durch: _____

 Datum der Blutentnahme / Unterschrift + Name + Vorname des Abnehmenden in Druckbuchstaben
 Verantwortung für die Identität der Blutproben,
 ggf. Blutentnahme + Anforderung v. Blutpräparaten:

 Datum / Unterschrift des Arztes + Name des Arztes in Druckbuchstaben + Telefon

Sonstiges (nur nach telefonischer Rücksprache) /Klin. Angaben:

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