

Institut Cottbus  
 Thiemstraße 105  
 03050 Cottbus  
 Tel.: 0355 4995-167  
 Fax: 0355 4995-178  
 Institutsleiterin:  
 OÄ Irene Sopivnik  
 Laborleiterin:  
 OÄ Irene Sopivnik

Auftragsnummer / Probenerfassung

**Für Patient:** (Name, Vorname, Geburtsdatum)

**Einsender** (Stempel der Einrichtung)

**Geschlecht:**

- männlich  
 weiblich

Diagnose \_\_\_\_\_  
 Blutgruppe \_\_\_\_\_  
 Bekannte Antikörper \_\_\_\_\_  
 Medikamente \_\_\_\_\_

	ja	nein
Vortransfusion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, zuletzt:	_____	
Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, zuletzt:	_____	
Gerinnungshemmer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allogene Stammzelltransplantation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Material:  EDTA-Blut  Nativ-Blut  Nabelvenenblut  
**Falls nicht anders angegeben bitte 10 ml EDTA-Blut einsenden!**

Dringlichkeit der Anforderung:  Routine  CITO/Notfall\*  
 \* (bitte telefonische Anmeldung)

**Gewünschte Untersuchung** (Bitte deutlich ankreuzen!):

- Blutgruppe (ABO, Rh-Formel, Kell) und Antikörpersuchtest
- Blutgruppe (ABO, Rh-Faktor D) und Antikörpersuchtest
- Rh-Faktor-Bestimmung (weak D, partial D)
- weitere Blutgruppenantigene: \_\_\_\_\_
- Antikörperdifferenzierung; ggf. mit Antikörpertiter
- Kontrolle Immunprophylaxe
- Direkter Antihumanglobulintest (DAT) (5 ml EDTA-Blut)
- Abklärung eines positiven DAT (5 ml EDTA-Blut)
- Antikörper-Elution/-Absorption (20 ml EDTA-Blut und 10 ml Nativblut)
- Nachweis von Kälteagglutininen, Kryoglobulinen
- Nothilfepass
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Kreuzprobe für Erythrozytenkonzentrate (serologische Verträglichkeitsprobe)

- molekularbiologische Abklärung (EDTA-Blut)
  - ABO  Rh-Formel
  - Rh-Faktor D (weak D, partial D)
  - weitere Antigene: \_\_\_\_\_

Bemerkungen (nur vom BSD auszufüllen)

**Anzahl:**   CMV neg.  bestrahlt

**Transfusion geplant am:** \_\_\_\_\_  
 (Die Verträglichkeitsprobe ist nach dem Abnahmetag noch 72 Stunden gültig.)

**Uhrzeit:** \_\_\_\_\_

**Lieferung am:** \_\_\_\_\_

**Dringlichkeitsvermerk:**  Routine  sofort  **„Ungekreuzt“ \*\***

\*\* Hiermit bestätige ich, dass die Konservenausgabe vor Abschluss der serologischen Verträglichkeitsprobe lebensnotwendig ist!

- auf Abruf
- per Verteiler/Tour
- per Stadtbote/Kurier
- Selbstabholung/Taxi

Datum und Uhrzeit der Blutentnahme

Blutentnahme durchgeführt      Unterschrift

Blutröhrchen ist beschriftet, Identität wird bescheinigt.  
 Unterschrift und Stempel des Arztes

Achtung: Auch außerhalb der regulären Dienstzeit eintreffende Blutproben werden im Bedarfsfall sofort untersucht. Hierzu ist ein Dringlichkeitsvermerk erforderlich.  
 Zum Ausgleich der entstehenden Mehrkosten wird eine Zuschlagsgebühr entsprechend der Preisliste erhoben.