

Begleitschein für Bluteinsendungen  
Immunhämatologisches Labor



Deutsches  
Rotes  
Kreuz

DRK-Blutspendedienst Nord-Ost  
gemeinnützige GmbH  
Berlin | Brandenburg | Hamburg  
Sachsen | Schleswig-Holstein

Institut Berlin  
Hindenburgdamm 30 A  
12203 Berlin  
  
Tel.: 030 80681-313 / Fax: -390

Praxis für Transfusionsmedizin  
Hindenburgdamm 30 A  
12203 Berlin  
  
Tel.: 030 80681-171 / Fax: -192



!Y27670400300387

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:	_____	_____
allogene Stammzelltransplantation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daratumumab:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunglobuline:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Material:  EDTA-Blut  Nativ-Blut  Nabelvenenblut

**Falls nicht anders angegeben bitte 8 ml EDTA-Blut einsenden!**

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

- Blutgruppe (AB0, Rh-Formel, Kell) und Antikörpersuchtest  
 Blutgruppe (AB0, Rh-Faktor D) und Antikörpersuchtest  
 weitere Blutgruppenantigene: \_\_\_\_\_  
 Antikörperdifferenzierung  
 Antikörpertiter  
 Direkter Antihumanglobulintest (DAT) (5 ml EDTA-Blut)  
 Abklärung eines positiven DAT (5 ml EDTA-Blut)  
 Nachweis von Kälteagglutininen (Blut warm trennen)  
  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

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

Bemerkungen (nur vom BSD auszufüllen)

Kreuzprobe für Erythrozytenkonzentrate (serologische Verträglichkeitsprobe) **Anzahl:**   CMV neg.  bestrahlt

**Transfusion geplant am:** \_\_\_\_\_

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

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

(Die Verträglichkeitsprobe ist nach dem Abnahmetag noch 3 Tage gültig.)

**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

Unterschrift des Abnehmenden

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.