

Begleitschein für Bluteinsendungen Immunhämatologisches Labor



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

MVZ Ulm gGmbH
Zweigpraxis Dresden
Univ.-Prof. Dr. med.
Torsten Tonn
FA für Transfusionsmedizin
Blasewitzer Straße 68/70
01307 Dresden
Tel.: 0351 44508-118
Fax: 0351 44508-119

Institut Dresden
Blasewitzer Straße 68/70
01307 Dresden
Tel.: 0351 44508-830
Fax: 0351 44508-835
Institutsleiter:
Univ.-Prof. Dr. med.
Torsten Tonn
Laborleiterin:
Dr. med. Elisabeth Urban

Blutspendezentrum Görlitz
Zeppelinstraße 43
02828 Görlitz
Tel.: 03581 3211-40
Fax: 03581 3211-45
Institutsleiter:
Univ.-Prof. Dr. med.
Torsten Tonn
Laborleiterin:
Dr. med. Elisabeth Urban



!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:	_____	_____
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 8 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
(Einsendung nach Rücksprache mit Labor)
- Nothilfepass
- 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: _____

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

Uhrzeit: _____

Lieferung am: _____

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

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

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

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.