


Institut Chemnitz  
Zeisigwaldstraße 103  
09130 Chemnitz  
Tel.: 0371 43220-78  
Fax: 0371 43220-73  
Institutsleiter:  
Dr. med. Andreas Karl  
Laborleiterin:  
MUDr. Anna Macháčová

Institut Plauen  
Röntgenstraße 2a  
08529 Plauen  
Tel.: 03741 407-210  
Fax: 03741 407-530  
Institutsleiter:  
Dr. med. Andreas Karl  
Laborleiter:  
Dr. med. Frank Bläser

Abt. Transfusionsmedizin Zwickau  
Karl-Keil-Straße 33a  
08060 Zwickau  
Tel.: 0375 50158-10  
Fax: 0375 50158-12  
Institutsleiter:  
Dr. med. Andreas Karl  
Laborleiter:  
Dr. med. Frank Bläser



**!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!**

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

- Blutgruppe (AB0, Rh-Faktor D) und Antikörpersuchtest
- Blutgruppe (AB0, Rh-Formel, Kell) und Antikörpersuchtest
- Rh-Faktor-Bestimmung (weak D, partial D)
- weitere Blutgruppenantigene: \_\_\_\_\_
- Antikörpersuchtest
- Antikörperdifferenzierung
- Antikörpertiter
- Direkter Antihumanglobulintest (DAT) (5 ml EDTA-Blut)
- Abklärung eines positiven DAT (5 ml EDTA-Blut und 10 ml Nativblut)
- Nachweis von Kryoglobulinen
- Nachweis von Kälteagglutininen
- 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

Gefrorenes Frischplasma (GFP), quarantänelagert

**Anzahl:**

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

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

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

(Die Verträglichkeitsprobe ist nach dem Abnahmetag 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
- 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.