



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

**Praxis für Transfusionsmedizin**  
 Hindenburgdamm 30 A  
 12203 Berlin  
 Tel.: 030 80681-313 / Fax: -390



!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"/>
Isatuximab, Daratumumab:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunglobuline:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beta-Lactam-Antibiotika:	<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.)

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

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

\*\* Hiermit bestätige ich, dass die Präparateausgabe 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.