



**Deutsches Rotes Kreuz
Blutspendedienst Nord gGmbH**

Name:
Vorname:
geb. am:
Straße:
Wohnort:

Institute:
 22952 Lütjensee
Hamburger Str. 24
Telefon: 04154 / 80 73-0
Fax.-Nr.: 04154 / 80 73- 35

24837 Schleswig
Rote Kreuz-Weg 5
Telefon: 04621 / 96 74 0
Fax.-Nr.: 04621 / 96 74 74

Kostenträger:

| | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Material: | <input type="checkbox"/> EDTA-Blut | <input type="checkbox"/> Nativblut | <input type="checkbox"/> Heparinblut | <input type="checkbox"/> Nabelvenenblut |
| Dringlichkeit: | <input type="checkbox"/> Routineanforderung | | <input type="checkbox"/> CITO/Notfall (bitte telefonische Anmeldung) | |
| W <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | Blutentnahme am: | um: | Uhr |
| Diagnose: | Z. n. KM-/ Stammzelltransplantation am: | | | |
| letzte Transfusion am | Geburten: | Gravidität | SSW | Anti-D-Proph. am: |
| Anzahl Erythrozytenkonzentrate | _____ | zusätzlich: | Lieferung am: _____ | |
| Anzahl Thrombozytenkonzentrate | _____ | <input type="checkbox"/> CMV neg. | <input type="checkbox"/> per Taxi | |
| Tag / Uhrzeit für die Transfusion | _____ | <input type="checkbox"/> bestrahlt | <input type="checkbox"/> per Verteiler | |
| | | <input type="checkbox"/> gewaschen | <input type="checkbox"/> Selbstabholung | |
| | | | <input type="checkbox"/> auf Abruf | |

Gewünschte Untersuchungen bitte ankreuzen:

Bei Probeneingang ohne Terminangabe erfolgt die Bearbeitung bei der nächsten Routine

Blutgruppen-Serologie
Bitte mindestens 7 ml EDTA-Blut einsenden

- Blutgruppenbestimmung ABO/Rh/Kell, AKS
- Blutgruppenbestimmung ABO/Rh-Faktor D/AKS
- weitere Blutgruppenantigene
- Kreuzprobe
(serologische Verträglichkeitsprobe)
- Differenzierung von Antikörpern gegen
Erythrozytenantigene (mind. **14 ml** EDTA-Blut)
- Antikörpertiter
- Abklärung Immunhämolytischer Anämien
Direkter Coombstest
(poly- u. monospezifische Seren, quantitativ)
- Elution/Absorption
zur Spezifizierung von Autoantikörpern und
Alloantikörpergemischen (mind. 20 ml EDTA- Blut)
- Nachweis und Spezifizierung von
Kälteagglutininen, Temperaturamplitude - Titer
- Sonstiges:

HLA-Typisierung
Bitte **mindestens 7 ml** Heparinblut einsenden

- Gesamttypisierung: HLA - ABC
- Einzelfaktoren: HLA-B 27 etc.

Nachweis von HLA-und thrombozytären Antikörpern
Bitte **mindestens 7 ml Nativ-Blut einsenden**

Serolog. Thrombozyten-Verträglichkeitsprobe
(z. B. bei Thrombozytentransfusionen)
Bitte **mind. 7 ml Nativ- oder EDTA-Blut
einsenden**

Anfordernder Arzt:

(Druckschrift) (Unterschrift) Tel.-Nr.

Absender:

(Krankenhaus / Labor) - Stempel

vorangegangene Untersuchung
Institut und Buch-Nr.:

