

**Immunhämatologisches Servicelabor**

- Institut Berlin**  
Am Großen Wannsee 80, 14109 Berlin  
Tel.: (030) 806 81-313, Fax: -390
- Institut Cottbus**  
Thiemstr. 105, 03050 Cottbus  
Tel.: (0355) 4995-167, Fax: -178

**Deutsches Rotes Kreuz **

**Blutspendedienst Ost  
gemeinnützige GmbH**

# Anforderungsschein für Blutgruppenserologie

Als Untersuchungsmaterial möglichst 10 ml Venenblut ohne Zusätze

Für Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Bemerkung (nur vom Blutspendedienst auszufüllen)

männlich  weiblich

Diagnose: \_\_\_\_\_

Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Antikörpersuche/Milieu: \_\_\_\_\_

Bekannte Antikörper: \_\_\_\_\_

	Ja	nein
Vortransfusion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, zuletzt:		
Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungshemmer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plasmaexpander:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nabelschnurblut:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allogene Stammzelltransplantation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Blutgruppe (AB0, Rh-Formel, Kell) und Antikörpersuchtest
- Rh-Faktor Bestimmung (weak D, partial D)
- Antikörperdifferenzierung
- Kontrolle Immunprophylaxe
- Abklärung eines positiven direkten Coombstestes (möglichst EDTA Blut)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Kreuzprobe für Erythrozytenkonzentrate: Anzahl CMV neg.   
bestrahlt

Transfusion geplant am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_  Routine  sofort  
(Die Verträglichkeitsprobe ist nach dem Abnahmetag noch 3 Tage gültig)

Blutabnahme am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ durchgeführt von:

Einsender:

Blutröhrchen sind beschriftet  
Identität wird bescheinigt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes