

**Immunhämatologisches Labor**  
**Begleitschein für Bluteinsendungen**  
**Anforderung von Blutprodukten**



**Deutsches  
Rotes  
Kreuz**

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



Auftragsnummer/Probenerfassung

**Praxis für Transfusionsmedizin**  
Prof. Dr. med. Jürgen Ringwald  
Facharzt für Transfusionsmedizin  
Hamburger Straße 24, 22952 Lütjensee  
Tel.: 04154 8073-2110/-2918, Fax: 04154 8073-2619

**Patient:** (Name, Vorname, Geburtsdatum)  m  w  divers

**Einsender** (Stempel der Einrichtung)

**Diagnose(n):** \_\_\_\_\_

**Weitere klinische Angaben**  
(z.B. aktuelle Hämolyse, Gammopathie) \_\_\_\_\_

**Blutgruppe** (falls bekannt): \_\_\_\_\_

**Auffällige blutgruppenserologische Befunde**  
(z. B. irreg. Antikörper) \_\_\_\_\_

**Transfusionsmed. relevante Medikamente:**  
(z.B. Daratumumab, Isatuximab, hochdosierte i.v. IgG und Beta-Laktam Antibiotika) \_\_\_\_\_

**Falls Daratumumab/ Isatuximab-Therapie:** Wann geplant bzw. wann zuletzt? \_\_\_\_\_

**Material:**  7,5 - 10 ml EDTA-Blut  Nabelvenenblut

**Gewünschte Laboruntersuchung:**

**Dringlichkeit der Anforderung:**  Routine  CITO/Notfall (bitte telefonische Anmeldung)

- Blutgruppe (AB0, Rh-Formel, Kell) und Antikörpersuchtest
- Blutgruppe (AB0, RhD) und Antikörpersuchtest
- weitere Blutgruppenantigene: \_\_\_\_\_
- Antikörperdifferenzierung; ggf. mit Antikörpertiter
- Direkter Antihumanglobulintest (DAT)
- Abklärung eines positiven DAT
- Antikörper-Elution/-Absorption (bitte **20 ml** EDTA-Blut)
- Nachweis von Kälteantikörpern
- Blutgruppen-/Notfallausweis
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**molekularbiologische Abklärung:**

- ABO  Rh-Formel
- RhD (weak D, partial D)
- weitere BG-Antigene: \_\_\_\_\_

Bemerkungen (nur vom DRK-BSD auszufüllen)

**Blutprodukte:**

Anzahl **Erythrozytenkonzentrat (EK)** (inkl. serologische Verträglichkeits- / Kreuzprobe)  CMV-negativ  bestrahlt

Anzahl **Thrombozytenkonzentrat (TK)**  CMV-negativ  bestrahlt  HLA ausgewählt\*  
(\*nur nach Rücksprache bei Apherese-TK)

Anzahl **Gefrorenes Frischplasma (GFP) /  
Therapeutisches Plasma**

**Transfusion geplant am:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit:** \_\_\_\_\_ **Lieferung am** \_\_\_\_\_  per Verteilertour  sofort  
(Gültigkeit der Verträglichkeitsprobe: Tag der Blutentnahme plus 3 Tage)  Selbstabholung/Taxi  auf Abruf

Datum und Uhrzeit der Blutentnahme

Name und Unterschrift der abnehmenden Person  
(falls nicht mit anforderndem Arzt (m/w/d) identisch)

Blutröhrchen ist beschriftet, Identität wird bescheinigt.  
Unterschrift und Stempel/Name des Arztes (m/w/d)