

Begleitschein für Bluteinsendungen Immunhämatologisches Labor



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

Institut Chemnitz
Zeisigwaldstraße 103
09130 Chemnitz
Tel.: 0371 43220-78
Fax: 0371 43220-73
Institutsleiter:
Dr. med. Andreas Karl
Laborleiter:
Dr. med. Frank Bläser

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



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)
- Gefrorenes Frischplasma (GFP), quarantänegelagert

Anzahl: CMV neg. bestrahlt

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.