Begleitschein für Bluteinsendungen

Immunhämatologisches Labor

Deutsches Rotes Kreuz

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

!Y276704 00300387

Auftragsnummer / Probenerfassung

Für Patient: (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Geschlecht:

☐ männlich

☐ weiblich

Einsender (Stempel der Einrichtung)

Diagnose _____

Blutgruppe/Bekannte Antikörper _____

Besondere Hinweise/Fragestellung _____

_____

	ja	nein
Vortransfusion:	☐	☐
wenn ja, zuletzt:	_____	
Schwangerschaft:	☐	☐
wenn ja, zuletzt:	_____	
allogene Stammzelltransplantation:	☐	☐
Isatuximab, Daratumumab:	☐	☐
Immunglobuline:	☐	☐
Beta-Lactam-Antibiotika:	☐	☐

Material: ☐ EDTA-Blut ☐ Nativ-Blut ☐ Nabelvenenblut

Falls nicht anders angegeben bitte mindestens 5 ml EDTA-Blut einsenden!

Gewünschte Untersuchung (Mit einer Bearbeitungszeit von mindesten 2 Stunden nach Eintreffen der Proben im Labor muss gerechnet werden. Bei aufwändigem Untersuchungsgang kann erheblich höherer Zeitbedarf entstehen.)

☐ Blutgruppe (AB0, Rh-Faktor D) und Antikörpersuchtest
☐ Blutgruppe (AB0, Rh-Formel, Kell) und Antikörpersuchtest
☐ weitere Blutgruppenantigene: _____
☐ Antikörpersuchtest/Antikörperdifferenzierung
☐ Antikörpertiter
☐ Direkter Antihumanglobulintest (DAT)
☐ Abklärung eines positiven DAT
☐ Nachweis von Kryoglobulinen (10ml Nativblut)*
☐ Nachweis von Kälteagglutininen*
☐ Nothilfepass
☐ Sonstiges: _____

☐ *molekularbiologische Abklärung (EDTA-Blut)*
☐ *AB0* ☐ *Rh-Formel*
☐ *Rh-Faktor D (weak D, partial D)*
☐ *weitere Antigene:* _____

Bemerkungen (nur vom BSD auszufüllen)

* Blut körperwarm zügig ins Labor transportieren oder warm trennen / Bearbeitungszeit 5 Tage

☐ Kreuzprobe für Erythrozytenkonzentrate (serologische Verträglichkeitsprobe)
Anzahl: ☐ ☐ CMV neg. ☐ bestrahlt

☐ Gefrorenes Frischplasma (GFP)
Anzahl: ☐

Transfusion geplant am: _____ **Uhrzeit:** _____

(Die Verträglichkeitsprobe ist nach dem Abnahmetag 3 Tage gültig.)

Lieferung am: _____
☐ auf Abruf
☐ per Verteiler/Tour
☐ Selbstabholung/Taxi

Dringlichkeitsvermerk: ☐ Routine ☐ sofort ☐ ***‚Ungekreuzt' *****

** Hiermit bestätige ich, dass die Konservenausgabe vor Abschluss der serologischen Verträglichkeitsprobe lebensnotwendig ist!

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.

117442 03/25 Stand: 03/25