

Begleitschein für Bluteinsendungen
Immunhämatologisches Labor



Deutsches
Rotes
Kreuz

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

☐ MVZ Ulm gGmbH
Zweigpraxis Dresden
Univ.-Prof. Dr. med.
Torsten Tonn
FA für Transfusionsmedizin
Blasewitzer Straße 68/70
01307 Dresden
Tel.: 0351 44508-118
Fax: 0351 44508-119

☐ Institut Dresden
Blasewitzer Straße 68/70
01307 Dresden
Tel.: 0351 44508-830
Fax: 0351 44508-835
Institutsleiterin:
Prof. Dr. med Kristina Hölig
Laborleiterin:
Dr. med. Elisabeth Urban

☐ Blutspendezentrum Görlitz
Zeppelinstraße 43
02828 Görlitz
Tel.: 03581 3211-41
Fax: 03581 3211-45
Institutsleiterin:
Prof. Dr. med Kristina Hölig
Laborleiterin:
Dr. med. Elisabeth Urban



!Y27670400300387

Auftragsnummer / Probenerfassung

Für Patient: (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Einsender (Stempel der Einrichtung)

Geschlecht:

☐ männlich

☐ weiblich

Diagnose

Blutgruppe

Bekannte Antikörper

Medikamente

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

Falls nicht anders angegeben bitte 8 ml EDTA-Blut einsenden!

Vortransfusion: ☐ ja ☐ nein

wenn ja, zuletzt:

Schwangerschaft: ☐ ja ☐ nein

wenn ja, zuletzt:

allogene Stammzelltransplantation: ☐ ja ☐ nein

Isatuximab, Daratumumab: ☐ ja ☐ nein

Immunglobuline: ☐ ja ☐ nein

Beta-Lactam-Antibiotika: ☐ ja ☐ nein

Gewünschte Untersuchung (Bitte deutlich ankreuzen!):

- ☐ Blutgruppe (ABO, Rh-Formel, Kell) und Antikörpersuchtest
☐ Blutgruppe (ABO, Rh-Faktor D) und Antikörpersuchtest
☐ weitere Blutgruppenantigene: _____
☐ Antikörperdifferenzierung; ggf. mit Antikörpertiter
☐ Direkter Antihumanglobulintest (DAT) (5 ml EDTA-Blut)
☐ Antikörper-Elution/-Absorption (20 ml EDTA-Blut und 10 ml Nativblut)
☐ Nachweis von Kälteagglutininen, Kryoglobulinen
(Einsendung nach Rücksprache mit Labor)
☐ 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)

Anzahl:

☐ CMV neg. ☐ bestrahlt

☐ Gefrorenes Frischplasma (GFP) – nur für BSZ Görlitz –

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
☐ per Stadtbote/Kurier
☐ Selbstabholung/Taxi

Datum und Uhrzeit der Blutentnahme

Unterschrift des Abnehmenden

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.