

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

ja nein

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 (AB0, Rh-Formel, Kell) und Antikörpersuchtest
 Blutgruppe (AB0, Rh-Faktor D) und Antikörpersuchtest
 weitere Blutgruppenantigene: _____
 Antikörperf differenzierung; 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)
 Nothalifepass
 Sonstiges: _____

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

Bemerkungen (nur vom BSD auszufüllen)

- Kreuzprobe für Erythrozytenkonzentrate (serologische Verträglichkeitsprobe) **Anzahl:** CMV neg. bestrahl.
 Gefrorenes Frischplasma (GFP) – nur für BSZ Görlitz – **Anzahl:**

Transfusion geplant am: _____

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

Uhrzeit: _____

Lieferung am: _____

- 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.