



! Y 2 7 6 7 0 4 0 0 3 0 0 3 8 7

☐ Institut Lütjensee

Hamburger Straße 24, 22952 Lütjensee
Tel.: 04154 8073-2950; Fax: -2619
Institutsleitung: Dr. med. Bettina Lizardo
Laborleitung: Dr. med. Bettina Lizardo

☐ Institut Schleswig

Rote-Kreuz-Weg 5, 24837 Schleswig
Tel.: 04621 9674-14/-0; Fax: -74
Institutsleitung: Dr. med. Bettina Lizardo
Laborleitung: Dr. med. Maria Jessen

Auftragsnummer/Probenerfassung

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 (falls bekannt))

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 (20 ml EDTA-Blut)
☐ Nachweis von Kälteantikörpern
☐ Blutgruppen-/Notfallausweis
☐ Sonstiges: _____

molekularbiologische Abklärung:

- ☐ AB0 ☐ 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

☐ Vitale Indikation, sofortige Ausgabe ungekreuzter EKs**

**Mit der Arztunterschrift wird bestätigt, dass die Ausgabe vor Abschluss der serologischen Verträglichkeitsprobe lebensnotwendig ist!

Anzahl

Thrombozytenkonzentrat (TK)

☐ gepoolt ☐ Apherese

☐ 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
☐ Selbstabholung/Taxi ☐ auf Abruf

(Gültigkeit der Verträglichkeitsprobe: Tag der Blutentnahme plus 3 Tage)

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)

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.