

Begleitschein für Bluteinsendungen
Immunhämatologisches Labor



Deutsches
Rotes
Kreuz

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

☐ Institut Berlin
Hindenburgdamm 30 A
12203 Berlin

Tel.: 030 80681-313 / Fax: -390

☐ Zweigpraxis Berlin
MVZ DRK-Blutspendedienst Ulm
Hindenburgdamm 30 A
12203 Berlin

Tel.: 030 80681-313 / Fax: -390



!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 (weitere Informationen im Leistungsverzeichnis www.blutspende-nordost.de/medizinische-fachkreise/unser-leistungsspektrum/labordiagnostik)

- ☐ Blutgruppe (ABO, Rh-Formel, Kell) und Antikörpersuchtest
☐ Blutgruppe (ABO, Rh-Faktor D) und Antikörpersuchtest
☐ weitere Blutgruppenantigene: _____
☐ Antikörperdifferenzierung
☐ Antikörpertiter
☐ Direkter Antihumanglobulintest (DAT) (5 ml EDTA-Blut)
☐ Abklärung eines positiven DAT (5 ml EDTA-Blut)
☐ Nachweis von Kälteagglutininen (Blut warm trennen)

☐ 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

Transfusion

auf Abruf Anzahl: _____

geplant am: _____ Uhrzeit: _____

Lieferung am: _____ Anzahl: _____

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

Dringlichkeitsvermerk:

☐ Routine

☐ sofort

☐ „Ungekreuzt“ **

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

☐ 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.