

## Anforderungsschein: Erythrozytäre Immunhämatologie und Blutprodukte

Institut Springe  
(Eldagsener Straße 38, 31832 Springe)

Kontakt: ☎ 05041 772-  
Labor: -267; Vertrieb: -111; Fax Labor: -401

<b>Patientendaten</b> (bevorzugt Aufkleber):  <b>Name:</b> _____ <b>Vorname:</b> _____ <b>Geb.-Datum:</b> _____ Klinik:/Station: _____ Einsender: _____ <b>Datum Probenentnahme:</b> _____	<b>Bisherige Transfusionen</b> (Datum/Angabe):		
	<input type="checkbox"/> In den letzten 4 Wochen	<input type="checkbox"/> In den letzten 3 Monaten	
	<input type="checkbox"/> Vor > 3 Monaten	<input type="checkbox"/> Keine	
	<b>Schwangerschaft/Abort:</b>		
	<input type="checkbox"/> Aktuell	<input type="checkbox"/> Bekannt	<input type="checkbox"/> Keine
<b>Allogene Blutstammzelltransplantationen:</b>			
<input type="checkbox"/> Geplant			<input type="checkbox"/> Bekannt, Datum: _____

<b>Diagnose:</b>	<input type="checkbox"/> Sichelzellkrankheit	<input type="checkbox"/> Thalassämie
------------------	----------------------------------------------	--------------------------------------

<b>Medikamente:</b>			
<input type="checkbox"/> Anti-CD38-Therapie (z. B. Daratumumab, Isatuximab)	<input type="checkbox"/> Anti-D-Prophylaxe Datum: _____	<input type="checkbox"/> Hochdosierte $\beta$ -Laktam-Antibiotika oder ivIG	<input type="checkbox"/> Andere Biologika: _____

<b>Vorbefunde:</b> (vom KH-Labor auszufüllen)	<b>Blutgruppe:</b>	<b>Antikörper:</b>											
	<b>Aktueller AKS:</b> <i>Bitte Panel beilegen!</i>	<table border="1"> <tr> <td>EA</td> <td>SZ I</td> <td>SZ II</td> <td>SZ III</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	EA	SZ I	SZ II	SZ III					<input type="checkbox"/> Biorad	<input type="checkbox"/> Grifols	<input type="checkbox"/> Röhrchen
	EA	SZ I	SZ II	SZ III									
				<input type="checkbox"/> Immucor	<input type="checkbox"/> Ortho	<input type="checkbox"/>							

<b>Untersuchungsauftrag:</b>	
<input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung inkl. Antikörpersuche <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Weak-D-Abklärung (nach Hämotherapie-RL) <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Antikörperdifferenzierung <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Abklärung weiterer Blutgruppenmerkmale <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Serologische Verträglichkeitsprobe <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Kälteagglutinititer <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Abklärung MHN <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Abklärung positiver DCT mittels Elution <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Keine Folgeuntersuchungen gewünscht	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ (bitte Rücksprache halten)
<sup>1</sup> 2x 7,5 ml EDTA-Blut (auch bei Mehrfachauswahl)	<sup>2</sup> 7,5 ml EDTA-Blut
<sup>3</sup> Mutter: 2x 7,5 ml EDTA-Blut, Kind: 1 ml EDTA-Blut; und wenn möglich Vater: 7,5 ml EDTA-Blut	

<b>Gewünschte Blutprodukte (Anzahl bzw. Volumen in ml) inkl. Spezifikationen:</b>	
_____ Gefrorenes Frischplasma	<input type="checkbox"/> Anti-CMV-negativ
_____ Erythrozytenkonzentrate	<input type="checkbox"/> Bestrahlt
_____ Thrombozytenkonzentrate	<input type="checkbox"/> Portionierung („Baby-EK“):
<input type="checkbox"/> gepoolt <input type="checkbox"/> Apheresepräparat	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

<b>Lieferdatum:</b> _____	<b>Geplantes Transfusionsdatum:</b> _____
---------------------------	-------------------------------------------

<b>Versandart:</b>	<input type="checkbox"/> Verteiler DRK-BSD NSTOB	<input type="checkbox"/> DRK-Rettungswache Springe	<input type="checkbox"/> Blaulichtfahrt
<b>Abrechnung:</b>	<input type="checkbox"/> Auftraggeber	<input type="checkbox"/> Patient(in)	
Keine Abrechnung über KV möglich, hierfür bitte Anforderungsschein des MVZ DRK-KH Clementinenhaus nutzen			

_____ Datum	_____ Unterschrift anfordernde(r) Ärztin/Arzt	_____ Stempel/Name des Krankenhauses bzw. der Praxis
_____ Erreichbar unter Tel. (Durchwahl)	_____ Fax-Nr. Labor	

## Anforderungsschein: Erythrozytäre Immunhämatologie und Blutprodukte

Institut Springe  
(Eldagsener Straße 38, 31832 Springe)

Kontakt: ☎ 05041 772-  
Labor: -267; Vertrieb: -111; Fax Labor: -401

<b>Patientendaten</b> (bevorzugt Aufkleber):  <b>Name:</b> _____ <b>Vorname:</b> _____ <b>Geb.-Datum:</b> _____ Klinik:/Station: _____ Einsender: _____ <b>Datum Probenentnahme:</b> _____	<b>Bisherige Transfusionen</b> (Datum/Angabe):		
	<input type="checkbox"/> In den letzten 4 Wochen	<input type="checkbox"/> In den letzten 3 Monaten	
	<input type="checkbox"/> Vor > 3 Monaten	<input type="checkbox"/> Keine	
	<b>Schwangerschaft/Abort:</b>		
	<input type="checkbox"/> Aktuell	<input type="checkbox"/> Bekannt	<input type="checkbox"/> Keine
<b>Allogene Blutstammzelltransplantationen:</b>			
<input type="checkbox"/> Geplant			<input type="checkbox"/> Bekannt, Datum: _____

<b>Diagnose:</b> _____	<input type="checkbox"/> Sichelzellkrankheit	<input type="checkbox"/> Thalassämie
------------------------	----------------------------------------------	--------------------------------------

<b>Medikamente:</b> <input type="checkbox"/> Anti-CD38-Therapie (z. B. Daratumumab, Isatuximab)	<input type="checkbox"/> Anti-D-Prophylaxe Datum: _____	<input type="checkbox"/> Hochdosierte $\beta$ -Laktam-Antibiotika oder ivIG	<input type="checkbox"/> Andere Biologika: _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

<b>Vorbefunde:</b> (vom KH-Labor auszufüllen)	<b>Blutgruppe:</b> _____	<b>Antikörper:</b>							
	<b>Aktueller AKS:</b> <i>Bitte Panel beilegen!</i> <table border="1"> <tr> <td>EA</td> <td>SZ I</td> <td>SZ II</td> <td>SZ III</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	EA	SZ I	SZ II	SZ III				
EA	SZ I	SZ II	SZ III						

<b>Untersuchungsauftrag:</b>	
<input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung inkl. Antikörpersuche <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Weak-D-Abklärung (nach Hämotherapie-RL) <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Antikörperdifferenzierung <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Abklärung weiterer Blutgruppenmerkmale <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Serologische Verträglichkeitsprobe <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Kälteagglutinititer <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Abklärung MHN <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Abklärung positiver DCT mittels Elution <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Keine Folgeuntersuchungen gewünscht	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ (bitte Rücksprache halten)
<sup>1</sup> 2x 7,5 ml EDTA-Blut (auch bei Mehrfachauswahl)	<sup>2</sup> 7,5 ml EDTA-Blut
<sup>3</sup> Mutter: 2x 7,5 ml EDTA-Blut, Kind: 1 ml EDTA-Blut; und wenn möglich Vater: 7,5 ml EDTA-Blut	

<b>Gewünschte Blutprodukte (Anzahl bzw. Volumen in ml) inkl. Spezifikationen:</b>	
_____ Gefrorenes Frischplasma	<input type="checkbox"/> Anti-CMV-negativ
_____ Erythrozytenkonzentrate	<input type="checkbox"/> Bestrahlt
_____ Thrombozytenkonzentrate	<input type="checkbox"/> Portionierung („Baby-EK“):
<input type="checkbox"/> gepoolt <input type="checkbox"/> Apheresepräparat	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

<b>Lieferdatum:</b> _____	<b>Geplantes Transfusionsdatum:</b> _____
---------------------------	-------------------------------------------

<b>Versandart:</b>	<input type="checkbox"/> Verteiler DRK-BSD NSTOB	<input type="checkbox"/> DRK-Rettungswache Springe	<input type="checkbox"/> Blaulichtfahrt
<b>Abrechnung:</b>	<input type="checkbox"/> Auftraggeber	<input type="checkbox"/> Patient(in)	Keine Abrechnung über KV möglich, hierfür bitte Anforderungsschein des MVZ DRK-KH Clementinenhaus nutzen

Datum _____	Unterschrift anfordernde(r) Ärztin/Arzt _____	Stempel/Name des Krankenhauses bzw. der Praxis
Erreichbar unter Tel. (Durchwahl) _____	Fax-Nr. Labor _____	