



Medizinisches Versorgungszentrum am DRK-Krankenhaus Clementinenhaus GmbH

Anforderungsschein: Erythrozytäre Immunhämatologie und Blutprodukte

MVZ mit Sitz im Institut Springe
(Eldagsener Straße 38, 31832 Springe)

Kontakt: ☎ 05041 772-120 / -257
Labor: -267; Fax Labor: -401

Patientendaten (bevorzugt Aufkleber): Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Klinik:/Station: _____ Einsender: _____ Datum Probenentnahme: _____	Bisherige Transfusionen (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	
	Schwangerschaft/Abort:		
	<input type="checkbox"/> Aktuell	<input type="checkbox"/> Bekannt	<input type="checkbox"/> Keine
Allogene Blutstammzelltransplantationen:			
<input type="checkbox"/> Geplant			<input type="checkbox"/> Bekannt, Datum: _____

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

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

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

Untersuchungsauftrag:	
<input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung inkl. Antikörpersuche ¹	<input type="checkbox"/> Weak-D-Abklärung (nach Hämotherapie-RL) ²
<input type="checkbox"/> Antikörperdifferenzierung ¹	<input type="checkbox"/> Abklärung weiterer Blutgruppenmerkmale ²
<input type="checkbox"/> Serologische Verträglichkeitsprobe ¹	<input type="checkbox"/> Kälteagglutinititer ²
<input type="checkbox"/> Abklärung MHN ³	<input type="checkbox"/> Abklärung positiver DCT mittels Elution ²
<input type="checkbox"/> Keine Folgeuntersuchungen gewünscht	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ (bitte Rücksprache halten)
¹ 2x 7,5 ml EDTA-Blut (auch bei Mehrfachauswahl)	² 7,5 ml EDTA-Blut
³ Mutter: 2x 7,5 ml EDTA-Blut, Kind: 1 ml EDTA-Blut; und wenn möglich Vater: 7,5 ml EDTA-Blut Für Rückfragen bitte an das Institut Springe (DRK BSD NSTOB) wenden: (Tel.: 05041 772-267)	

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

Lieferdatum:	Geplantes Transfusionsdatum:
---------------------	-------------------------------------

Versandart:	<input type="checkbox"/> Verteiler DRK-BSD NSTOB (Tel.: 05041 772-111)	<input type="checkbox"/> DRK-Rettungswache Springe (Tel: 05041 770-211)	<input type="checkbox"/> Blaulichtfahrt
	<input type="checkbox"/> Selbstabholer (bei Fertigstellung erfolgt telefonische Benachrichtigung)		
Abrechnung:	<input type="checkbox"/> KV (Ü-Schein)	<input type="checkbox"/> Patient(in)	

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



Anforderungsschein: Erythrozytäre Immunhämatologie und Blutprodukte

MVZ mit Sitz im Institut Springe
(Eldagsener Straße 38, 31832 Springe)

Kontakt: ☎ 05041 772-120 / -257
Labor: -267; Fax Labor: -401

Patientendaten (bevorzugt Aufkleber): Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Klinik:/Station: _____ Einsender: _____ Datum Probenentnahme: _____	Bisherige Transfusionen (Datum/Angabe): <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> In den letzten 4 Wochen</td> <td><input type="checkbox"/> In den letzten 3 Monaten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vor > 3 Monaten</td> <td><input type="checkbox"/> Keine</td> </tr> </table> Schwangerschaft/Abort: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aktuell</td> <td><input type="checkbox"/> Bekannt</td> <td><input type="checkbox"/> Keine</td> </tr> </table> Allogene Blutstammzelltransplantationen: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Geplant</td> <td><input type="checkbox"/> Bekannt, Datum: _____</td> </tr> </table>	<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	<input type="checkbox"/> Aktuell	<input type="checkbox"/> Bekannt	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Geplant	<input type="checkbox"/> Bekannt, Datum: _____
<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									
<input type="checkbox"/> Aktuell	<input type="checkbox"/> Bekannt	<input type="checkbox"/> Keine								
<input type="checkbox"/> Geplant	<input type="checkbox"/> Bekannt, Datum: _____									

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

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

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

Untersuchungsauftrag:	
<input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung inkl. Antikörpersuche ¹ <input type="checkbox"/> Antikörperdifferenzierung ¹ <input type="checkbox"/> Serologische Verträglichkeitsprobe ¹ <input type="checkbox"/> Abklärung MHN ³ <input type="checkbox"/> Keine Folgeuntersuchungen gewünscht	<input type="checkbox"/> Weak-D-Abklärung (nach Hämotherapie-RL) ² <input type="checkbox"/> Abklärung weiterer Blutgruppenmerkmale ² <input type="checkbox"/> Kälteagglutintiter ² <input type="checkbox"/> Abklärung positiver DCT mittels Elution ² <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ (bitte Rücksprache halten)
¹ 2x 7,5 ml EDTA-Blut (auch bei Mehrfachauswahl)	² 7,5 ml EDTA-Blut
³ Mutter: 2x 7,5 ml EDTA-Blut, Kind: 1 ml EDTA-Blut; und wenn möglich Vater: 7,5 ml EDTA-Blut	
<i>Für Rückfragen bitte an das Institut Springe (DRK BSD NSTOB) wenden: (Tel.: 05041 772-267)</i>	

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

Lieferdatum: _____	Geplantes Transfusionsdatum: _____
---------------------------	---

Versandart:	<input type="checkbox"/> Verteiler DRK-BSD NSTOB (Tel.: 05041 772-111)	<input type="checkbox"/> DRK-Rettungswache Springe (Tel: 05041 770-211)	<input type="checkbox"/> Blaulichtfahrt
	<input type="checkbox"/> Selbstabholer (bei Fertigstellung erfolgt telefonische Benachrichtigung)		
Abrechnung:	<input type="checkbox"/> KV (Ü-Schein)	<input type="checkbox"/> Patient(in)	

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