

Patienten-Etikett mit Barcode

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Universitätsklinikum Leipzig

Medizin ist unsere Berufung.

Department für Diagnostik

Institut für Transfusionsmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. Reinhard Henschler
Johannisallee 32, Haus 8, 04103 Leipzig

Labor für Transplantationsimmunologie

Telefon: 0341 9725314 (Labor); Fax: 9725359
Telefon: 0341 9725350, -20115 (Laborleitung)

Anforderungsformular HLA-Diagnostik

Auftragsnummer

026.9

Einsender-Etikett



Einsender (Stempel)

**Einsender
(Stempel)**

Abnahmedatum

Telefon für Rückfragen

☐ **NOTFALL**

Bitte telefonisch ankündigen!

Behandlungsart		Tarif-Info
Stationär	Ambulant	
Vollstationär	Primär-Abrechnungs-Schein	Pauschale
Teilstationär	Ü-Schein	EBM
Vorstationär	Notfallschein	GOÄ
Nachstationär	BG-Fall (Unfall)	DKG-NT
	Privatabrechnung	BG-T
Privatpat./Selbstzahler	Vereinbarte Einzelleistung	Gutachten
Ärztl. Wahlleistung	Außerhalb der Regelzeit	Forsch./Haush.
Fremdes Haus	Ambulantes Operieren	Forsch./Drittm.

Diagnose / laufende Therapie / Fragestellung

ICD-10 Diagnose Schlüssel:

Datum/Unterschrift anfordernder Arzt

Hinweis zur Probenbeschriftung: Eine Probe muss mindestens beschriftet sein mit: Name, Vorname, Geburtsdatum; sowie Entnahmedatum. Nicht hinreichend oder eindeutig beschriftete Proben werden nicht angenommen und an den Einsender zurückgesandt!

Indikation

☐ vor Organtransplantation ☐ nach Organtransplantation	☐ vor Therapie ☐ nach Therapie	☐ Vorbereitung zur Knochenmarktransplantation oder PBSCT
☐ Leber ☐ Lunge ☐ Cornea ☐ Niere ☐ Herz ☐ Pankreas ☐ andere:	☐ Immunadsorption ☐ Plasmaaustausch ☐ andere:	☐ autolog ☐ allogene verwandt ☐ allogene nicht verwandt

Anamnese Immunisierungsereignisse (für alle Anforderungen vor/nach Transplantation auszufüllen)

☐ negativ ☐ positiv	☐ Vortransplantation ☐ Schwangerschaften ☐ Transfusionen	Organ/Jahr: Anzahl: Jahr:
☐ DNA-Rückstellprobe ☐ Serum-Rückstellprobe ☐ Milz-Rückstellprobe	☐ Krankheitsassoziation / Therapie assoziiert ☐ B*27 ☐ Zöliakie ☐ A*02:01 ☐ Narkolepsie ☐ B*57:01 ☐ andere:	

Hinweis: ohne Nachweis der erfolgten Einwilligung gemäß GenDG (Roxtra-ID: 30543; Original oder Kopie) ist die Durchführung der o.g. Untersuchung nicht möglich!

Antikörperdiagnostik und Kreuztest

☐ HLA-Antikörper-Diagnostik	Material: 7 ml Serum oder Nativblut
☐ Leukozyten-Kreuztest mit: Spender (Name, Vorname, Geburtsdatum) Fremdspender (GRID, Geburtsdatum)	
ohne diese Angaben erfolgt keine Bearbeitung	
Material: 20 ml EDTA-Blut vom Spender und 7ml Serum oder Nativblut vom Patienten	
☐ HLA-Typisierung	☐ low ☐ high ☐ Spender ☐ Empfänger
☐ HLA-Bestätigungstypisierung	
(wenn externer HLA-Typisierungsbefund vorliegt, bitte Fax an 97-25359)	
Material: 7 ml EDTA-Blut	

Bemerkungen