



Name, Vorname des Versicherten geb. am

Department für Diagnostik

Institut für Transfusionsmedizin

Johannisallee 32, Haus 8, 04103 Leipzig

Kreuzprobenlabor 0341 9725402 Telefon (24 Stunden)
0341 9725429 Fax

Konservendepot 0341 9725416 Telefon
0341 9725419 Fax

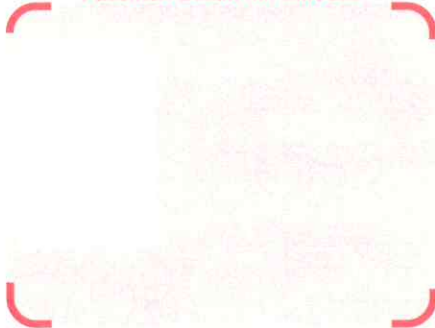
Blutgruppenlabor 0341 9725403 Telefon (07:00–18:00 Uhr)

Transfusionsmedizin

pro Anforderung 4,9 ml EDTA-Blut

Bitte immer kompletten Schein schicken!

Patienten-Etikett mit Barcode



Name, Vorname des Versicherten geb. am

Anforderung von Blutprodukten

Einsender-Etikett



- bestrahlt
- CMV neg.
- HLA ausgewählt
- sonstiges

Blutentnahme
Datum · Uhrzeit
Unterschrift Abnehmender

Die Verantwortung für die Identitätssicherung trägt der zuständige Arzt.

Transfusion am _____ um _____ Uhr

OP-Termin am _____ Spange A B Tel. _____

- in Bereitschaft
- für sofortige Transfusion
- UNGEKREUZT**

Blutgruppe · irreguläre Antikörper	Blutpräparat	Anzahl

ja nein Anti-D-Prophylaxe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KMT / SZ-TX <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusionen / Schwangerschaften <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein i.v. Immunglobuline <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Beta-Lactam Antibiotika <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> therapeutische Antikörper <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diagnose	Unterschrift und Stempel anfordernder Arzt
--	--	----------	--

Patienten-Etikett mit Barcode



Name, Vorname des Versicherten geb. am

Blutgruppenanforderung

Einsender-Etikett



Die Verantwortung für die Identitätssicherung trägt der zuständige Arzt.

Blutentnahme
Datum · Uhrzeit
Unterschrift Abnehmender
Unterschrift anfordernder Arzt

- Nabelschnurblut
- Fetalblut
- therapeutische Antikörper

Anforderung von	
<input type="checkbox"/> Blutgruppe-Standard (AB0, Rh-Faktor, Antikörper-Screening)	<input type="checkbox"/> Kälteagglutinine
<input type="checkbox"/> Blutgruppe-groß (AB0, Rh-Formel, Kell, Antikörper-Screening)	<input type="checkbox"/> Antigen-Bestimmungen
<input type="checkbox"/> nur Antikörper-Screening	<input type="checkbox"/> Nothilfepass
<input type="checkbox"/> Antihumanglobulin (Coombs)-Test	<input type="checkbox"/> Sonstiges (nach Rücksprache)
<input type="checkbox"/> Titer	<input type="checkbox"/> Anti-D-Prophylaxe am
<input type="checkbox"/> Isoagglutinine	
<input type="checkbox"/> Hämolysine	
<input type="checkbox"/> irreguläre Antikörper	

Blutgruppe · irreguläre Antikörper (falls bekannt)

- regulär
- Notfall

Diagnose

Für Chargendokumentation 15 Jahre in Patientenakte aufbewahren!