

**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)

**Auftragsnummer**

**Anforderung Thrombozytendiagnostik**

029.1

**Einsender-Etikett**



**Einsender (Stempel)**

## Einsender (Stempel)

|              |                        |
|--------------|------------------------|
| Abnahmedatum | Telefon für Rückfragen |
|--------------|------------------------|

| 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./Dritt. |

**NOTFALL**

**Bitte telefonisch ankündigen!**

**Diagnose / laufende Therapie / Fragestellung**

**ICD-10 Diagnose Schlüssel:**

Datum/Unterschrift anfordernder Arzt

**Anforderung Thrombozytendiagnostik (Antikörper und Antigene)**

**Patienten-Anamnese:**

**Thrombozytenzahl:**  **gemessen am:**

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

**Uhrzeit:**

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| h | h | m | m |
|---|---|---|---|

chronischer Verlauf     akuter Verlauf     unklar

**Verdachtsdiagnose:**

- Immnthrombozytopenie (ITP) (10 ml Serum + 30 ml EDTA)
- Refraktärzustand nach Thrombozytentransfusion (10 ml Serum)
- Posttransfusionelle Purpura (PTP) (10 ml Serum + 30 ml EDTA)
- Neonatale Alloimmunthrombozytopenie (NAIT) (Mutter: 10 ml Serum + 10 ml EDTA, obligat; Kind: 1 ml EDTA, alternativ Nabelschnurblut, optional; Vater: 10 ml EDTA, optional)
- andere Fragestellung  (10 ml Serum + 30 ml EDTA)

**Thrombozyten-Antigene:**

HPA-Typisierung (10 ml EDTA; bei Kindern: Bitte um Rücksprache mit dem Labor)

(z.B. Indikation: NAIT, Substitution mit ausgewählten Thrombozytenpräparaten – ggf. Rücksprache mit dem Labor)

Indikation: