

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)
 Telefon 0341 9725350 (Laborleitung)

Auftragsnummer

--

026.7

Einsender-Etikett



Einsender (Stempel)

**Einsender
(Stempel)**

Abnahmedatum

Telefon für Rückfragen

NOTFALL

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

Indikation

<input type="checkbox"/> vor Organtransplantation <input type="checkbox"/> nach Organtransplantation <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Cornea <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/> Pankreas <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> vor Therapie <input type="checkbox"/> nach Therapie <input type="checkbox"/> Immunadsorption <input type="checkbox"/> Plasmaaustausch <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vorbereitung zur Knochenmarktransplantation oder PBSCT <input type="checkbox"/> autolog <input type="checkbox"/> allogene verwandt <input type="checkbox"/> allogene nicht verwandt
<input type="checkbox"/> Transfusion von ausgewählten Blutprodukten	<input type="checkbox"/> Krankheitsassoziation <input type="checkbox"/> Zöliakie <input type="checkbox"/> B27 <input type="checkbox"/> Narkolepsie <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> serologisch	

Antikörperdiagnostik und Kreuztest

<input type="checkbox"/> HLA-Antikörper-Diagnostik Material: Serum oder Nativblut	<input type="checkbox"/> Thrombozytäre Auto-Antikörper <input type="checkbox"/> Thrombozytäre Allo-Antikörper Material: Serum oder Nativblut <u>und</u> EDTA-Blut
<input type="checkbox"/> Leukozyten-Kreuztest mit: Name / ID <input type="text"/> ohne diese Angabe erfolgt keine Bearbeitung Material: EDTA- oder Citrat- oder Heparin-Blut <u>und</u> Serum oder Nativblut von Spender und Empfänger	
<input type="checkbox"/> Erste HLA-Typisierung (wenn externer HLA-Typisierungsbefund vorliegt, bitte Fax an 97-25359)	<input type="checkbox"/> HLA-Bestätigungstypisierung
<input type="checkbox"/> HLA-DRB1 / DQB1-Typisierung <input type="checkbox"/> HLA-ABC-Typisierung	<input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> HLA-ABC mind. Zweifeld-Typisierung <input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 <input type="checkbox"/> HLA-DRB1 mind. Zweifeld-Typisierung <input type="checkbox"/> HLA-DRB3,4,5 mind. Zweifeld-Typisierung Material: EDTA- oder Citrat- oder Heparin-Blut	<input type="checkbox"/> HLA-DQA1 mind. Zweifeld-Typisierung <input type="checkbox"/> HLA-DQB1 mind. Zweifeld-Typisierung <input type="checkbox"/> HLA-DPB1 mind. Zweifeld-Typisierung <input type="checkbox"/> HLA-DPA1 mind. Zweifeld-Typisierung <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/>

Bemerkungen

--