



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!



Name, Vorname des Versicherten geb. am

Anforderung von Blutprodukten

Einsender-Etikett



- in Bereitschaft
- für sofortige Transfusion
- UNGEKREUZT**
(Anruf: 0341 9725416)

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. _____

Blutgruppe · irreguläre Antikörper	Blutpräparat <input type="checkbox"/> EK <input type="checkbox"/> TK (Pool, ggf. Apherese) <input type="checkbox"/> GFP	Anzahl	Sonstiges <input type="checkbox"/> bestrahlt <input type="checkbox"/> HLA ausgewählt
Anti-D-Prophylaxe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	i.v. Immunglobuline <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diagnose	Unterschrift und Stempel anfordernder Arzt
KMT / SZ-TX <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beta-Lactam Antibiotika <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Transfusionen / Schwangerschaften <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	therapeutische Antikörper <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		



pro Anforderung 4,9 ml EDTA-Blut

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 (4,7 ml Serum-Monovette)	
<input type="checkbox"/> irreguläre Antikörper	

Blutgruppe · irreguläre Antikörper (falls bekannt)

regulär Notfall

Diagnose

Für Chargendokumentation 15 Jahre in Patientenakte aufbewahren!