

Patientendaten



Transfusionsmedizinische
Praxis NÜRNBERG

Transfusionsmedizinische Praxis Dr. Stangenberg im Institut für Transfusionsmedizin

Heimerichstr. 57
90419 Nürnberg

Immunhämatologisches Labor

Tel.: 0911 3745 - 5462
Fax: 0911 3745 - 5605

Etikett mit
Auftragsnummer

PRIVATPATIENT Wenn Privatpatient/in: Bitte **ankreuzen** und **vollständige Privatanschrift** eintragen.

Praxisanschrift

Tel: _____ Fax: _____
E-Mail: _____

Anamnesedaten unbedingt ausfüllen! Klinische Diagnose / Verdachtsdiagnose

Transfusionsanamnese: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Patient vortransfundiert ja nein
wann zuletzt : _____

Transfusionsreaktionen bekannt : ja nein

Schwangerschaften bekannt : ja nein
wann zuletzt : _____

Rh- Prophylaxe erhalten am : _____

Blutgruppe der Mutter bei Säugling : _____

Z. n. KM- Transplantation am : _____

- Blutgruppe / Rh- Merkmale
des Spenders : _____

- Blutgruppe / Rh- Merkmale
des Empfängers : _____

Sonstiges / Medikation:

Medikamente mit monoklonalen Antikörpern
 Antibiotika Schmerzmedikamente Immunglobuline

Vorbefunde Blutgruppe und/oder Antikörper

(Bitte angeben, falls vorhanden)

Blutgruppe _____ Rh (D) -Faktor _____
Rh- Merkmale _____ Kell- Faktor _____
Antikörper _____

Laboruntersuchungsauftrag Immunhämatologie / Transfusionsmedizin



Immunhämatologische Labordiagnostik

- Blutgruppenbestimmung (ABO, Rhesus, Kell, AK)
mind. 7 ml EDTA-Blut (bei Kindern entsprechend angepasst)
- Auftrag zur Antikörperdifferenzierung
mind. 20 ml EDTA-Blut (bei Kindern entsprechend angepasst)
- Abklärung Eigenkontrolle (direkter Coombstest)
mind. 7 ml EDTA- Blut (bei Kindern entsprechend angepasst)
- Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)
mind. 7 ml EDTA-Blut (bei Kindern entsprechend angepasst)
- Sonstiges : _____

Bestellung von Erythrozytenkonzentraten

Lieferung

Anzahl _____ liefern am _____ um _____

Anzahl _____ liefern am _____ um _____

Bereitstellung

Anzahl _____ ab _____ um _____

Achtung - Laufzeit der Kreuzprobe berücksichtigen!

Produktauswahl

- EK Standard EK bestrahlt EK CMV neg.
 Aufteilung in „Baby-Beutel“ (Ausgabe s. Lieferung)

Bemerkungen / Besonderheiten, z.B. Transport :

Vitale Indikation JA NEIN

Bitte unbedingt ausfüllen!

Die Blutprobe/n wurde/n abgenommen:

am _____ von _____

Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Das Abnahmedatum limitiert die Laufzeit der Kreuzprobe.
Der anfordernde Arzt / die anfordernde Ärztin ist verantwortlich
für die Identität der Probe.

Der Patient ist vom Auftraggeber durch Verwendung der von der Transfusionsmedizinischen Praxis bereitgestellten Patienteninformation nach Art. 14 DSGVO (auch abrufbar unter <https://nuernberg.transfusionsmedizin.net/datenschutz/patienteninformation>) über die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Laboruntersuchung informiert worden.