

Patientendaten



Transfusionsmedizinische
Praxis MÜNCHEN

Transfusionsmed. Praxis J. Burkhart, FA für Transfusionsmedizin
im Institut für Transfusionsmedizin

Herzog-Heinrich-Straße 4
80336 München

Immunhämatologisches Labor

Tel.: 089 53 99 4460

Fax: 089 53 99 4425

E tikett mit
Auftragsnummer

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

Praxisanschrift

Tel: _____ Fax: _____
E-Mail: _____

Anamnesedaten unbedingt ausfüllen! Klinische Diagnose / Verdachtsdiagnose

Transfusionsanamnese: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Patient vortransfundierte ja nein

wann zuletzt: _____

Transfusionsreaktionen bekannt: ja nein

Schwangerschaften bekannt: ja nein

wann zuletzt: _____

Rh- Prophylaxe erhalten am: _____

Blutgr. der Mutter bei Säugling: _____

Z.n. KM/SZ- 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 _____



Immunhämatologische Labordiagnostik

- Blutgruppenbestimmung (ABO, Rhesus, Kell, AK)
mind. 7 ml EDTA-Blut und 10 ml Nativblut
(bei Kindern entsprechend angepasst)
- Auftrag zur Antikörperdifferenzierung
mind. 20 ml Nativblut (bei Kindern entsprechend angepasst)
und
mind. 7 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://muenchen.transfusionsmedizin.net/datenschutz/patienteninformation>) über die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Laboruntersuchung informiert worden.