



Einsender (Stempel):

Abteilung:.....

Ansprechpartner:.....

Tel..... Fax.....

Name, Vorname der Patientin/des Patienten
.....
Geburtsdatum:..... W M
Straße, Wohnort:
.....
Krankenkasse:
Wahlleistung: ja nein ambulant stationär

Anforderung von serologischen Untersuchungen und Blutprodukten

Blutspendezentrale Saar-Pfalz gGmbH
Theodor-Heuss-Str. 128
66119 Saarbrücken

Tel. 06 81/96 3-27 36 oder -27 32
Fax. 06 81/96 3-25 80
Mobil 01 72/679 63 55 (nur Rufbereitschaft*)
Datum:

Anamnese/Klinische Diagnose: _____

- Transfusion stattgefunden Ja Nein falls ja, wann zuletzt _____
 Zustand nach Rh-D-Umstellung? Ja Nein Zustand nach KMT? Ja Nein
 Schwangerschaft bei Frauen Ja Nein Rh-Prophylaxe-Datum _____
 Therapie mit humanen monoklonalen AK? Ja Nein

Laborbefunde falls vorhanden bitte eintragen: ggbs. Vorbefunde/BG-Pass in Kopie mitgeben!

S1	S2	S3	EK	DAT	IgG	C3d	KP	BG	RH	Irr. AK

Laborauftrag:

- Blutgruppen-Bestimmung
- Antikörper-Suchtest
- Antikörper-Differenzierung/-Titration
- Freies Hämoglobin/Hämolyserate
- CMV-DNA
- Seltene Blutgruppenfaktoren
- Untersuchung Transfusionszwischenfall
- serologische Verträglichkeitsprüfung
- PCR-Bestimmungen.....
- Sonstiges.....

Bitte immer 2 Serum- und 2 EDTA-Röhrchen einsenden!

Anforderung folgender Blutprodukte:

Produkt	Anzahl		Anzahl
<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat	_____	<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat bestrahlt	_____
<input type="checkbox"/> Thrombozytenkonzentrat	_____	<input type="checkbox"/> Thrombozytenkonzentrat bestrahlt	_____
<input type="checkbox"/> Gefrorenes Frischplasma	_____	<input type="checkbox"/> Babybeutel	_____
<input type="checkbox"/> CMV-DNA- negativ	_____	<input type="checkbox"/> Anti-CMV-negativ	_____

Transfusion geplant am _____ (Datum/Uhrzeit) _____

Bearbeitung als: Routine Notfall vitale Indikation

Lieferung als: Routine Für wann? _____ Notfall EK ungekreuzt

Datum _____

Unterschrift des Bestellers
(Bitte mit lesbarer Namensangabe)

Anmerkung: Bei unvollständigen Versicherungsangaben behält sich die Blutspendezentrale Saar-Pfalz gGmbH vor, die Leistungen dem überweisenden Arzt bzw. Krankenhaus in Rechnung zu stellen.

*Rufbereitschaft: Mo-Fr. von 16.30 – 8.00 sowie Samstag, Sonntag bzw. Feiertag ganztägig