



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: ggffs. 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