

Anforderungsformular für serologische Untersuchungen und Blutprodukten

**ID: 21023
Formular**

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 zuletztZustand nach Rh-D-Umstellung? ☐ Ja ☐ Nein falls „Ja“, Datum Rh-ProphylaxeSchwangerschaft bei Frauen ☐ Ja ☐ Nein Zustand nach KMT? ☐ Ja ☐ NeinTherapie mit humanen monoklonalen AK? ☐ Ja ☐ Nein, falls „Ja“ welche:

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 | ☐ Seltene Blutgruppenfaktoren |
| ☐ Antikörper-Suchtest | ☐ Untersuchung Transfusionszwischenfall |
| ☐ Antikörper-Differenzierung/-Titration | ☐ serologische Verträglichkeitsprüfung |
| ☐ PCR-Bestimmungen..... | ☐ Sonstiges..... |

Bitte immer 2 EDTA-Röhrchen einsenden!

Anforderung folgender Blutprodukte:

Produkt	Anzahl		Anzahl
☐ Erythrozytenkonzentrat	_____	☐ Erythrozytenkonzentrat bestrahlt	_____
☐ Thrombozytenkonzentrat	_____	☐ Thrombozytenkonzentrat bestrahlt	_____
☐ Gefrorenes Frischplasma	_____	☐ Babybeutel	_____
☐ CMV-DNA- negativ	_____	☐ Anti-CMV-negativ	_____

Transfusion geplant am _____ (Datum/Uhrzeit) _____

Bearbeitung als: ☐ Routine ☐ Notfall ☐ vitale IndikationLieferung 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. Ist die Rufbereitschafts Handynummer nicht erreichbar, bitte unter 0681/963-2732 anrufen!**

 Bearbeitung: Mathieu Annabelle
 Fachliche Prüfung: Rauch Cornelia
 Freigabe: Patek Alexander

 Version: 2
 Gültig ab: 20.01.2026
 Seite: 1 von 1