

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |         |
| Name, Vorname des Versicherten |                  | geb. am |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. | Status  |
| Vertragsarzt-Nr.               | VK, gültig bis   | Datum   |

# Labor Lademannbogen

- Immunhämatologie -

Professor Rüdiger Arndt Haus

Lademannbogen 61-63 22339 Hamburg

Telefon: 040 / 53805- 884 Telefax: 040 / 53805- 406

www.labor-lademannbogen.de

- Einsender-/Praxisstempel -

## Anforderungsschein Immunhämatologie

| Patientendaten:   | Hinweise:   | Zeitpunkt Blutentnahme:   | Service – Praxis:  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Neugeborene<br><input type="checkbox"/> Säugling<br><input type="checkbox"/> Kind(<16 J.)<br><input type="checkbox"/> schwanger<br><input type="checkbox"/> SSWoche + Tage | <input type="checkbox"/> Rh-Prophylaxe am .....<br><input type="checkbox"/> Transfusion am .....<br><input type="checkbox"/> Dialyse<br><input type="checkbox"/> Marcumar<br><input type="checkbox"/> Heparin | <input type="checkbox"/> Blut v. Vortag<br><input type="checkbox"/> vor 8:00 Uhr<br><input type="checkbox"/> vor 10:00 Uhr<br><input type="checkbox"/> vor 12:00 Uhr<br><input type="checkbox"/> vor 16:00 Uhr<br><input type="checkbox"/> vor 18:00 Uhr<br><input type="checkbox"/> nach 18:00 Uhr | <input type="checkbox"/> CITO<br><input type="checkbox"/> Befund faxen<br><input type="checkbox"/> Befund telefonieren |

- |  |          |   |            |
|--|----------|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Blutgruppe (komplett)<br>(ABO, Rhesusformel, Kellfaktor, Antikörpersuchtest)      | 10 ml EV | <input type="checkbox"/> Differenzierung der Allo-Antikörper                  | 10 ml EV   |
| <input type="checkbox"/> Nachweis irregulärer Antikörper gegen erythrozytäre Antigene (Antikörpersuchtest) | 10 ml EV | <input type="checkbox"/> Titerbestimmung der Allo-Antikörper                  | 10 ml EV   |
| <input type="checkbox"/> ABO-Bestimmung  | 10 ml EV | <input type="checkbox"/> Differenzierung der Auto-Antikörper                  | 10 ml EV   |
| <input type="checkbox"/> Rhesus Faktor   | 3 ml EV  | <input type="checkbox"/> Direkter Coombstest (DCT)                            | 10 ml EV   |
| <input type="checkbox"/> Kell Faktor   | 3 ml EV  | <input type="checkbox"/> Abklärung von autoimmunhämalytischen Anämien         | 10 ml EV   |
| <input type="checkbox"/> Antigenbestimmung, z.B. Lewis(a)/Lewis(b)   | 3 ml EV  | <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle von autoimmunhämolytischen Anämien | 10 ml EV   |
| <input type="checkbox"/> Indirekter Coombstest (ICT)   | 10 ml EV | <input type="checkbox"/> Nachweis von Kälteagglutininen (Titer)               | 10 ml EV * |
| <input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung aus Nabelschnurblut   | 10 ml EV | <input type="checkbox"/> Nachweis von Kryofibrinogen                          | 10 ml EV * |
| <input type="checkbox"/> Direkter Coombstest aus Nabelschnurblut   | 10 ml EV | <input type="checkbox"/> Nachweis von Kryoglobulin                            | 10 ml VB * |
| <input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung bei Neugeborenen/Säuglingen                                 | 10 ml EV |   |            |

### ACHTUNG:

**Bitte die Röhrchen mit Name, Vorname und Geburtsdatum sorgfältig und gut lesbar beschriften!**

\* Material nach der Abnahme bei 37°C im Wärmeschrank halten und in geeignetem Wärmebehälter (Fahrdienst informieren: Tel. 040/538 05 – 105) mit temperierter Flüssigkeit (ca. 37°C) ins Labor transportieren lassen.

**MATERIAL: EV = EDTA-Vollblut, VB = Vollblut**