

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



LABOR LADEMANNBOGEN

MEDIZINISCHE EXPERTISE

Labor Lademannbogen MVZ GmbH
 Professor-Rüdiger- Arndt-Haus
 Lademannbogen 61-63 Tel.: (040) 53805 884
 22339 Hamburg www.labor-lademannbogen.de

- Praxisstempel -

Anforderungsschein Immunhämatologie

Patientendaten:	Hinweise:	Zeitpunkt Blutentnahme:	Service – Praxis:
<input type="checkbox"/> Neugeborene <input type="checkbox"/> Kinder <2 Jahren 1,2 mL EV <input type="checkbox"/> Kinder <12 Jahren 3 mL EV <input type="checkbox"/> Kinder >12 Jahren/ Erwachsene 9 mL EV <input type="checkbox"/> schwanger (SSW: <input type="text"/> + <input type="text"/> Tage)	<input type="checkbox"/> Rh-Prophylaxe am <input type="checkbox"/> Transfusion am	<input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Blut vom Vortag <input type="checkbox"/> vor 8:00 Uhr <input type="checkbox"/> vor 12:00 Uhr <input type="checkbox"/> vor 18:00 Uhr <input type="checkbox"/> nach 18:00 Uhr	<input type="checkbox"/> CITO <input type="checkbox"/> Befund faxen <input type="checkbox"/> Befund telefonieren

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutgruppe (komplett)
(AB0, Rhesusformel, Kell-Faktor,
Antikörpersuchtest) 9 mL EV | <input type="checkbox"/> Direkter Coombstest (DCT) 9 mL EV |
| <input type="checkbox"/> Nachweis irregulärer Antikörper gegen
erythrozytäre Antigene (Antikörpersuchtest) 9 mL EV | <input type="checkbox"/> Abklärung von
autoimmunhämolytischen Anämien 9 mL EV |
| <input type="checkbox"/> Differenzierung der Allo-Antikörper
(ggf. Titer-Bestimmung) 9 mL EV | <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle von
autoimmunhämolytischen Anämien 9 mL EV |
| <input type="checkbox"/> Antigenbestimmung, z.B. Lewis(a)/Lewis(b) 3 ml EV | <input type="checkbox"/> Nachweis von Kälteagglutininen
(Titer) 9 mL EV * |
| <input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung aus
Nabelschnurblut 9 mL EV | <input type="checkbox"/> Nachweis von Kryofibrinogen 9 mL EV * |
| <input type="checkbox"/> Direkter Coombstest aus Nabelschnurblut 9 mL EV | <input type="checkbox"/> Nachweis von Kryoglobuline 9 mL VB * |
| <input type="checkbox"/> Indirekter Coombstest (ICT) 9 mL EV | |

ACHTUNG:

Nach den Richtlinien der Hämotherapie, Gesamtnovelle 2017, in Abschnitt 4.4.3 Identitätssicherung, muss jedes Röhrchen mit Name, Vorname und Geburtsdatum sorgfältig und gut lesbar beschriftet sein!

* Material nach der Abnahme bei 37°C im Wärmeschrank halten und in einem geeigneten Wärmebehälter (Fahrdienst informieren: Tel. 040/538 05 – 333) mit temperierter Flüssigkeit (ca. 37°C) ins Labor transportieren lassen.

MATERIAL: EV = EDTA-Vollblut, VB = Vollblut