

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"/> Säugling <input type="checkbox"/> Kind(<16 J.) <input type="checkbox"/> schwanger <input type="checkbox"/> SSWoche <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 v. Vortag <input type="checkbox"/> vor 8:00 Uhr <input type="checkbox"/> vor 10:00 Uhr <input type="checkbox"/> vor 12:00 Uhr <input type="checkbox"/> vor 16:00 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)
(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 – 333) mit temperierter Flüssigkeit (ca. 37°C) ins Labor transportieren lassen.

MATERIAL: EV = EDTA-Vollblut, VB = Vollblut