


Anfordernder (Klinik/Station/Telefon):	<input type="checkbox"/> Regelleistung	<input type="checkbox"/> Privatpatient	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	 <p>Universitätsklinikum Bonn - Anstalt des öffentlichen Rechts - Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin Direktor: Prof. Dr. med. Johannes Oldenburg Sigmund-Freud-Straße 25 · 53127 Bonn</p> <p>Blutdepot und Empfängerdiagnostik (02 28) 2 87- 1 51 77 24h ☎ Immnhämatologisches Labor (02 28) 2 87- 1 67 32 HLA- / Thrombozytenimmunologie (02 28) 2 87- 1 51 91</p>
Patientenname	Geschlecht			
Wohnort	Pat.-Geb.-Datum			
Straße	Patienten-Nr.	Aufnahme-Datum		
Krankenkasse				
Zur Abholung bereit		Datum/Uhrzeit	Unterschrift des Abholenden	Datum/Uhrzeit
Durchschlag (= Seite 3) zum Verbleib auf Station!				

Anforderung von Blutkomponenten einschließlich Empfängerserologie

an den Direktor des Instituts für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin des Universitätsklinikums Bonn, Herrn Prof. Dr. med. J. Oldenburg

Klin. Diagnose/n (inkl. ICD-Code)	Blutkomponenten Ery.-Konzentrat (EK) Thromboz.-Konz. (TK) Gefr. Frischplasma (GFP) Eigen-EK Eigen-GFP Sonderanforderungen (*nur nach Rücksprache) <input type="checkbox"/> γ -bestrahlt (30 Gy), nur für EK und TK <input type="checkbox"/> Baby-Einheit; <input type="checkbox"/> IUT; <input type="checkbox"/> CMV-AK neg. <input type="checkbox"/> EK für OP mit Herz-Lungen-Maschine <input type="checkbox"/> HLA-angepflichtet* <input type="checkbox"/> sonstiges* (unter Bemerkungen spezifizieren)	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="font-size: small;">Anzahl insgesamt</th> <th style="font-size: small;">davon Anzahl OP-Vorbereitung</th> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"> </td> <td style="height: 100px;"> </td> </tr> </table>	Anzahl insgesamt	davon Anzahl OP-Vorbereitung			Untersuchungen (*nur nach Rücksprache) <input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung <input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest <input type="checkbox"/> Direkter Coombsstest <input type="checkbox"/> Hypothermie-Kreuzprobe Untersuchung auf Antikörper gegen: <input type="checkbox"/> Erythrozyten <input type="checkbox"/> Thrombozyten* <input type="checkbox"/> HLA* <input type="checkbox"/> HLA-Typisierung* <input type="checkbox"/> HLA B27 <input type="checkbox"/> Klasse I <input type="checkbox"/> Klasse II <input type="checkbox"/> Sonderanforderungen (siehe Bemerkungen)	Transfusions-, Op-Termin, ggf. Uhrzeit: Dringlichkeit: <input type="checkbox"/> Regelfall <input type="checkbox"/> Notfall gekreuzt > 1h (Zeitvorgabe siehe oben) <input type="checkbox"/> Notfall gekreuzt \leq 1h <input type="checkbox"/> Notfall ungekreuzt sofort Bereitstellungsmitteilung, sofern abweichend vom Anfordernden, erwünscht an:
Anzahl insgesamt	davon Anzahl OP-Vorbereitung							

Bisherige Transfusionen: nein; nicht in den letzten 3 oder 6 Monaten; ja, zuletzt am; nicht zu klären

Frühere Transf.-Nebenwirk.: nicht bekannt; ja (siehe Bemerkung)

Vorbekannte Antikörper: keine; ja (siehe Bemerkung); hier; auswärts (Kopie beifügen)

Schwangerschaften: keine; ja aktuell (SSW); nicht i. d. letzten 6 Monaten; Anzahl:

Rh-Prophylaxe i. d. ltz. 6 Monaten: nein; ja, am:


Allog. Knochenmark-/Stammzelltranspl.: ja, am:

Medikamente: Plasmaexpander Heparin IvIgG homolog. Faktorenkonz.

Vorgaben für die Anforderung von Blutkomponenten (siehe Hämotherapie-Richtlinien: 4.3.1 Blutanforderung)
 Die Anforderung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten erfolgt für jeden Empfänger **schriftlich** unter **Angabe** der **Diagnose**, von **Transfusionen**, **Schwangerschaften**, **allogenen Stammzelltransplantationen**, **Medikamenten**, welche die Verträglichkeitsprobe beeinträchtigen, der **blutgruppenserologischen Untersuchungsergebnisse**, der **zeitlichen Dringlichkeit** sowie des **vorgesehenen Transfusionstermins** durch den **anfordernden Arzt**.
 Stehen **Eigenblutpräparate** bereit, muss durch organisatorische Maßnahmen gewährleistet sein, dass diese **zuerst** transfundiert werden.
¹ Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) der BÄK und des PEI, Fassung 2005

Bemerkungen

Datum/Uhrzeit der **Blutprobenentnahme**

EDTA-Blut 1 Name: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/> Geb.-Datum: <input type="text"/>	EDTA-Blut 2 Name: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/> Geb.-Datum: <input type="text"/>	Verantwortlich für Identität, Proben und Angaben auf dem Anforderungsschein: Name des Arztes in Druckbuchstaben und Unterschrift Unterschrift des/r Abnehmenden (sofern nicht identisch mit anforderndem Arzt) 
← hier oben	← hier oben	
Nativ-Blut 1 Name: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/> Geb.-Datum: <input type="text"/>	Nativ-Blut 2 Name: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/> Geb.-Datum: <input type="text"/>	
← hier oben	← hier oben	
Nabelschnur-Blut Name: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/> Geb.-Datum: <input type="text"/>	Reserve Name: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/> Geb.-Datum: <input type="text"/>	Name: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/> Geb.-Dat.: <input type="text"/> Station: <input type="text"/>
← hier oben	EDTA <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Nativ <input type="checkbox"/>	BG <input type="checkbox"/> AKS <input type="checkbox"/> DAT <input type="checkbox"/> ABD <input type="checkbox"/> Xpro <input type="checkbox"/> Xhypo <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>

Anfordernder (Klinik/Station/Telefon):	<input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> Privatpatient <input type="checkbox"/> Selbstzahler	Geschlecht	
Patientenname	Vorname		
Wohnort	Pat.-Geb.-Datum		
Straße	Patienten-Nr.	Aufnahme-Datum	
Krankenkasse			

Universitätsklinikum Bonn
 – Anstalt des öffentlichen Rechts –
Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin
 Direktor: Prof. Dr. med. Johannes Oldenburg
 Sigmund-Freud-Straße 25 · 53127 Bonn

Blutdepot und Empfängerdiagnostik (02 28) 2 87- 1 51 77 24h-☎
Immunhämatologisches Labor (02 28) 2 87- 1 67 32
HLA- / Thrombozytenimmunologie (02 28) 2 87- 1 51 91

Zur Abholung bereit	Datum/ Uhrzeit	Unterschrift des Abholenden	Datum/ Uhrzeit
---------------------	----------------	-----------------------------	----------------

Durchschlag (= Seite 3) zum Verbleib auf Station!

Anforderung von Blutkomponenten einschließlich Empfängerserologie

an den Direktor des Instituts für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin des Universitätsklinikums Bonn, Herrn Prof. Dr. med. J. Oldenburg

Klin. Diagnose/n (inkl. ICD-Code)	Blutkomponenten Ery.-Konzentrat (EK) Thromboz.-Konz. (TK) Gefr. Frischplasma (GFP) Eigen-EK Eigen-GFP Sonderanforderungen (*nur nach Rücksprache) <input type="checkbox"/> γ -bestrahlt (30 Gy), nur für EK und TK <input type="checkbox"/> Baby-Einheit; <input type="checkbox"/> IUT; <input type="checkbox"/> CMV-AK neg. <input type="checkbox"/> EK für OP mit Herz-Lungen-Maschine <input type="checkbox"/> HLA-angeglichen* <input type="checkbox"/> sonstiges* (unter Bemerkungen spezifizieren)	Anzahl insgesamt	davon Anzahl OP-Vorbereitung	Untersuchungen (* nur nach Rücksprache) <input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung <input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest <input type="checkbox"/> Direkter Coombstest <input type="checkbox"/> Hypothermie-Kreuzprobe Untersuchung auf Antikörper gegen: <input type="checkbox"/> Erythrozyten <input type="checkbox"/> Thrombozyten* <input type="checkbox"/> HLA* <input type="checkbox"/> HLA-Typisierung* <input type="checkbox"/> HLA B27 <input type="checkbox"/> Klasse I <input type="checkbox"/> Klasse II <input type="checkbox"/> Sonderanforderungen (siehe Bemerkungen)	Transfusions-, Op-Termin, ggf. Uhrzeit: Dringlichkeit: <input type="checkbox"/> Regelfall <input type="checkbox"/> Notfall gekreuzt > 1h (Zeitvorgabe siehe oben) <input type="checkbox"/> Notfall gekreuzt \leq 1h <input type="checkbox"/> Notfall ungekreuzt sofort Bereitstellungsmitteilung, sofern abweichend vom Anfordernden, erwünscht an:
---	--	------------------	------------------------------	---	---

Diagnostik	Ziffer	Anzahl	Diagnostik	Ziffer	Anzahl
Differenzierung des Blutausstrichs	3680		Blutentnahme, venös	250	
Fetales Hämoglobin	3689		Blutbild und Blutbildbestandteile	3550	
AB0-Merkmale	3980		Zell-/Rezeptorphänotypisierung, Immunfluoreszenz = Ziffer 3698 ab 2. Antiserum	3698	
AB0-Merkmale und Isoagglutinine	3981			3699	
AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesus D	3982		EK Blutgr.-Merkmal im NaCl- od. Albuminmilieu	3984	
AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel	3983				
Blutgruppenmerkmale im NaCl- o. Albuminmilieu	3984		EK Blutgr.-Merkmal im indir. Coombstest (C ^w , Kell, D ^u)	3985	
Blutgruppenmerkmale im indir. Coombstest (C ^w , Kell, D ^u)	3985				
Blutgruppenmerkmale i. indir. Coombstest (z. B. Kidd, Lutheran)	3986		EK Blutgr.-Merkmal im indir. Coombstest (z. B. Kidd, Lutheran)	3986	
Antikörpersuchtest im indir. Coombstest (2 Erys)	3987				
Antikörpersuchtest im indir. Coombstest (3 Erys)	3988		Transfusionsbesteck		
Antikörperdifferenzierung im indir. Coombstest	3989				
Antikörpersuchtest im NaCl- oder Enzymmilieu (2 Erys)	3990				
Antikörpersuchtest im NaCl- oder Enzymmilieu (3 Erys)	3991				
Antikörperdifferenzierung im NaCl- oder Enzymmilieu	3992				
Antikörpertiter nach Differenzierung	3993				
Erythrozyten-Antikörpertitration	3994				
Direkter Coombstest	3997				
Direkter Coombstest mit monovalentem Antiserum	3998				
Elution / Absorption / biph. K.-Hämolsine o. ä.	3999				
Kreuzprobe (NaCl-/Coombstest)	4000				
Eigenkontrolle	A4000				
Kreuzprobe (NaCl-/Coombstest) m. AB0 Identitätssicherung	4001				
Kreuzprobe (NaCl-/Enzymmilieu) Kälteansatz	4002				
Dichtegradientenisolierung von Zellen oder Proteinen	4003				
HLA-Antigen Klasse I/II über PCR	3920				
HLA-Antigen Klasse I Lymphozytotoxizitätstest	4004/5				
Gesamttypisierung der HLA-Antigene Klasse I, je Antiserum	4006/7				
Gesamttypisierung der HLA-Antigene Klasse II	4008				
Subtypisierung der HLA-Antigene Klasse II	4009				
Subtypisierung der HLA-Antigene Klasse I	A4009				
HLA-Isoantikörper-Nachweis	4010				
Spezifizierung HLA-Isoantikörper	4011				
Crossmatch im HLA-System	4012				

Datum/Uhrzeit der **Blutprobenentnahme**

Verantwortlich für Identität, Proben und Angaben auf dem Anforderungsschein: **Name des Arztes** in **Druckbuchstaben** und **Unterschrift**

Unterschrift des /r **Abnehmenden** (sofern nicht identisch mit anforderndem Arzt)

BG

AKS


DAT

ABD

Xpro

Xhypo

R

Anfordernder (Klinik/Station/Telefon):	<input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> Privatpatient <input type="checkbox"/> Selbstzahler		Geschlecht	 <p>Universitätsklinikum Bonn - Anstalt des öffentlichen Rechts -</p> <p>Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin Direktor: Prof. Dr. med. Johannes Oldenburg Sigmund-Freud-Straße 25 · 53127 Bonn</p> <p>Blutdepot und Empfängerdiagnostik (02 28) 2 87- 1 51 77 24h-☎ Immunhämatologisches Labor (02 28) 2 87- 1 67 32 HLA- / Thrombozytenimmunologie (02 28) 2 87- 1 51 91</p>		
Patientenname	Vorname					
Wohnort	Pat.-Geb.-Datum					
Straße	Patienten-Nr.	Aufnahme-Datum				
Krankenkasse						
Zur Abholung bereit				Datum/Uhrzeit	Unterschrift des Abholenden	Datum/Uhrzeit
Durchschlag = Seite 3 zum Verbleib auf Station!						

Anforderung von Blutkomponenten einschließlich Empfängerserologie

an den Direktor des Instituts für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin des Universitätsklinikums Bonn, Herrn Prof. Dr. med. J. Oldenburg

Klin. Diagnose/n (inkl. ICD-Code)	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;">Blutkomponenten</th> <th style="width:10%;">Anzahl insgesamt</th> <th style="width:20%;">davon Anzahl OP-Vorbereitung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ery.-Konzentrat (EK)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Thromboz.-Konz. (TK)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gefr. Frischplasma (GFP)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Eigen-EK</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Eigen-GFP</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Sonderanforderungen (*nur nach Rücksprache)</p> <p><input type="checkbox"/> γ-bestrahlt (30 Gy), nur für EK und TK <input type="checkbox"/> Baby-Einheit; <input type="checkbox"/> IUT; <input type="checkbox"/> CMV-AK neg. <input type="checkbox"/> EK für OP mit Herz-Lungen-Maschine <input type="checkbox"/> HLA-angepflichtet* <input type="checkbox"/> sonstiges* (unter Bemerkungen spezifizieren)</p>	Blutkomponenten	Anzahl insgesamt	davon Anzahl OP-Vorbereitung	Ery.-Konzentrat (EK)			Thromboz.-Konz. (TK)			Gefr. Frischplasma (GFP)			Eigen-EK			Eigen-GFP			Untersuchungen (*nur nach Rücksprache) <p><input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung <input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest <input type="checkbox"/> Direkter Coombstest <input type="checkbox"/> Hypothermie-Kreuzprobe</p> <p>Untersuchung auf Antikörper gegen:</p> <p><input type="checkbox"/> Erythrozyten <input type="checkbox"/> Thrombozyten* <input type="checkbox"/> HLA* <input type="checkbox"/> HLA-Typisierung* <input type="checkbox"/> HLA B27 <input type="checkbox"/> Klasse I <input type="checkbox"/> Klasse II <input type="checkbox"/> Sonderanforderungen (siehe Bemerkungen)</p>	Transfusions-, Op-Termin, ggf. Uhrzeit: Dringlichkeit: <input type="checkbox"/> Regelfall <input type="checkbox"/> Notfall gekreuzt > 1h (Zeitvorgabe siehe oben) <input type="checkbox"/> Notfall gekreuzt ≤ 1h <input type="checkbox"/> Notfall ungekreuzt sofort Bereitstellungsmitteilung, sofern abweichend vom Anfordernden, erwünscht an:
Blutkomponenten	Anzahl insgesamt	davon Anzahl OP-Vorbereitung																			
Ery.-Konzentrat (EK)																					
Thromboz.-Konz. (TK)																					
Gefr. Frischplasma (GFP)																					
Eigen-EK																					
Eigen-GFP																					

Bisherige Transfusionen: nein; nicht in den letzten 3 oder 6 Monaten; ja, zuletzt am; nicht zu klären

Frühere Transf.-Nebenwirk.: nicht bekannt; ja (siehe Bemerkung)

Vorbekannte Antikörper: keine; ja (siehe Bemerkung); hier; auswärts (Kopie beifügen)

Schwangerschaften: keine; ja aktuell (SSW.....); nicht i. d. letzten 6 Monaten; Anzahl:

Rh-Prophylaxe i. d. ltz. 6 Monaten: nein; ja, am:.....

Allog. Knochenmark-/Stammzelltranspl.: ja, am:.....

Medikamente: Plasmaexpander Heparin IvIgG homolog. Faktorenkonz.

Bitte als Anforderungsbeleg zurückbehalten

Bemerkungen	<p align="center">Datum/Uhrzeit der Blutprobenentnahme</p> <hr/> <p align="center">Verantwortlich für Identität, Proben und Angaben auf dem Anforderungsschein: Name des Arztes in Druckbuchstaben und Unterschrift</p> <hr/> <p align="center">Unterschrift des/r Abnehmenden (sofern nicht identisch mit anforderndem Arzt)</p>
--------------------	--