

Untersuchungsauftrag

Auftraggeber

Bericht an: _____

Diagnose: _____

Patientenangaben

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Adresse _____

PLZ/ Ort _____

Kostenträger _____

☐ Stationär

☐ Ambulant

Blutentnahme Datum/ Uhrzeit, Visum: _____

Transfusionen < 2 Wochen: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Schwangerschaft < 12 Monate: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Anti-D Prophylaxe: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

☐ Type and Screen (EDTA 10ml)

Klinik Gut ☐ Typ A (Transfusionsbedarf unwahrscheinlich) ☐ Typ B (Transfusionsbedarf möglich)

Blutproduktebestellung

Anzahl

Erythrozytenkonzentrate _____

Thrombozytenkonzentrate * _____

**Keine Lagerhaltung vor Ort, es muss mit Lieferzeiten von bis zu 3h gerechnet werden.*

Frisch gefrorenes Plasma _____

Analysenanforderungen (EDTA)

☐ Blutgruppe/ Rhesusfaktor

☐ Rhesusphänotyp/ Kell

☐ Allo- Antikörpersuchtest

☐ Direkter Coombstest (DAT) polyspezifisch

Erstellt von: PAVKRI	Erstelldatum: 20.03.2025	Titel: FO Untersuchungsauftrag	Freigabe durch: BRABRI	Freigabe am: 21.03.2025	Gültig ab: 31.03.2025
Gültigkeitsbereich: 3.2.8 Immunhämatologie	Version: 01	Ablageort: IQS Nr. 2593	Revision durch:	Revision am:	Seite(n): 1/1