

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Kostenträger \_\_\_\_\_

**Untersuchungsantrag**

Ambulanz      Privat  ja  nein

Station  allgemeine Pflegeklasse  privat/ Wahlleistung Arzt

Datum \_\_\_\_\_

Einsender (Auswärtiger Arzt/Krankenhaus) \_\_\_\_\_

Blutentnahme am \_\_\_\_\_

Voruntersuchung-Nr. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Unterschrift anfordernder Arzt \_\_\_\_\_

**Diagnose / Fragestellung**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Immunhämatologie** (EDTA 10 ml)

- Erythrozytenantigene (A, B, O, Rh, Kell etc.)
- Alloantikörper
- Antikörpertitration
- Autoantikörper (+ 20 ml EDTA-Blut)
- Inkomplette Wärmeantikörper
- direkter Coombstest
- Kälteagglutinine und Hämolyse
- Mutterpaß/Blutgruppenausweis
- Fetale Blutgruppe (2 ml EDTA-Blut)
- Transfusionsmedizinisches Konsil**
- Untersuchung nach AMG

**Immunologie**

**Leukozyten/Lymphozyten**

- # HLA-Klasse-I-Antigene:  -A und -B  
(5 ml Heparin (kein Li.-Heparin) + 5 ml EDTA-Blut)
- # HLA-Klasse II Antigene:  -A, -B und -C  
(5 ml EDTA-Blut)
- Retypisierung vor Stammzelltransplantation:  -DR und -DQ-Locus
- Patienten (20 ml EDTA-Blut und 5 ml Nativblut)
- Familienspender (10 ml EDTA)
- HLA-Allel HLA-B\*57:01 (5ml EDTA-Blut)
- Krankheitsassoziation:  HLA-B27  
(5 ml EDTA-Blut)
- andere HLA-Antigene:

HLA- Antikörperscreening (10 ml Nativblut)

Crossmatch (5 ml Nativblut)

**Thrombozyten mit Angabe der aktuellen Thrombozytenzahl**

- Heparin-induzierte Thrombozytopenie (10 ml Nativblut + Anamnesebogen)
  - ELISA
  - HIPA (nach ELISA Testergebnis bzw. tel. Rücksprache)
- HPA-Genotypisierung (2 ml EDTA-Blut)
- Thrombozytäre Alloantikörper (10 ml Nativblut)
- Nur nach telefonischer Voranmeldung: (02 21) 4 78-61 76**
- Thrombozytäre Autoantikörper (10 ml Nativblut + 40 ml EDTA-Blut)

# Bitte bei Ersttypisierung vor Stammzell-/ Organtransplantation ankreuzen.

Bitte mit Kugelschreiber beschriften und ausreichend aufdrücken, alle Markierungen nur mit Spezialschreiber oder Bleistift HB