

Name

Vorname

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort

Straße

Kostenträger

Diagnose / Fragestellung

Untersuchungsantrag

- Ambulanz Privat ja nein
- Station allgemeine Pflegeklasse privat/ Warteleistung Arzt

Datum

Einsender (Auswärtiger Arzt/Krankenhaus)

Blutentnahme am

Voruntersuchung-Nr.

Telefon

Unterschrift anfordernder Arzt

Bitte hier Patientenetikett
stets einkleben - auf jeden Beleg

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

Jahr 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05

Behandlungstag

Tag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30

Monat JAN FEB MÄR APR MAI JUN JUL AUG SEP OKT NOV DEZ

2048 1024 512 256 128 64 32 16 8 4 2 1

Vorstationär ambulant Selbstzahler Auswärt. KH. Notfall

Nachstationär stationär Privat Einsendung Gutachten

Version 1 2 3 4 5

Prof. Dr. B. Gathof
 Leiterin der Zentralen Dienstleistungseinrichtung für Transfusionsmedizin der Universität zu Köln
 Kerpener Straße 62 · 50937 Köln · Telefon (02 21) 4 78 - 61 76, 4 78 - 48 68

**Transfusionsmedizin
 der Universität zu Köln**

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 _____

Diagnose / Fragestellung

Unterschrift anfordernder Arzt _____

- 62 10000101 Beratung, auch mittels Fernsprecher
- 63 10007002 Kurze Bestätigung (z. B. Ausstellung eines Blutgruppen-Ausweises; Eintragung im Mutterpaß)
- 64 10008001 Schriftliche gutachtliche Äußerung
- 65 10009501 Schreibgebühren, je angefangene DIN-A4-Seite
- 66 10025001 Blutentnahme
- 67 10368901 Fetalhämoglobin in Erythrozyten
- 68 10369613 HLA-B27 mit FacScan
- 69 10398201 ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D
- 70 10398302 ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e)
- 71 10398401 im NaCl- oder Albumin-Milieu (z.B. Kell, G, c, D, P, Lewis, MNS) je Merkmal monoklonal
- 72 10398501 im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z.B. C^w, Dⁿ, Duffy), je Merkmal
- 73 10398601 im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z.B. Kidd, Lutheran), je Merkmal
- 74 10398801 Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Coombstest
- 75 10398901 Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch nicht mehr als zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3987 oder 3988, je Test-Erythrozyten-Präparat (Capture R)
- 76 10399101 Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu
- 77 10399201 Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch höchstens zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3990 oder 3991, je Test-Erythrozyten-Präparat
- 78 10399301 Bestimmung des Antikörperiters bei positivem Ausfall eines Antikörpersuchtests (Antikörper gegen Erythrozytenantigene)
- 79 10399402 Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z.B. Kälteagglutinine, Hämolysine)
- 80 10399501 Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassy (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden
- 81 10399602 Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassy (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethode
- 82 10399701 Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antisern
- 83 10399802 Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest) zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monospesifisch monovalenten Antisern im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum
- 84 10399903 Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung
- 85 10400101 Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulin-Test sowie laborinterne Identitätssicherung im ABO-System
- 86 10400301 Dichtegradientenisolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung
- 87 10400401 Nachweis eines HLA-Antigens der Klasse 1 mittels Lymphozytotoxizitätstest nach Isolierung der Zellen
- 88 10400501 Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004
- 89 10400601 Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse 1 mittels Lymphozytotoxizitätstest mit mindestens 60 Antisern nach Isolierung der Zellen, je Antiserum (x 180)
- 90 10400701 Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4006 (Volltypisierung)
- 91 10400801 Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse 2 mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 15 Sonden), insgesamt
- 92 10400901 Subtypisierung der HLA-Antigene der Klasse 2 mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 40 Sonden bzw. Primer), insgesamt
- 93 10401001 HLA-Isoantikörpernachweis
- 94 10401101 Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt
- 95 10401201 Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System nach Isolierung von Zellen und Organellen
- 96 10392008 Isolierung von DNA, je Probe
- 97 10392207 Amplifikation mit PCR je Zielsequenz (Cohns)

98 1 2 4 8 16 32