

1 Jahr 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05 2048 1024 512 256 128 64 32 16 8 4 2 1

2 Behandlungstag

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

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

5 Vorstationär ambulant Selbstzahler Auswärt. KH. Notfall

6 Nachstationär stationär Privat Einsendung Gutachten

7

8

9

10 Version 1 2 3 4 5

11

Beleg-Nr. 78024

Anforderung von Blut und Blutkonserven
- gilt als ärztliche Verordnung -

Transfusionsmedizin
der Universität zu Köln

Blutgruppenbestimmung -
Konservenanforderung

Bitte hier Patientenetikett
stets einleben - auf jeden Beleg

Ambul. Station Telefon

Datum

- 62 10398201 ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D
- 63 10398301 ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor (C, c, D, E und e)
- 64 1 2 4 8 16 32 10398401 Blutgruppenmerkmale im NaCl- oder Albumin-Milieu (z. B. Rh, Kell, MNS) je Merkmal
- 65 10398801 Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulintest (indirekter Coombstest)
- 66 1 2 4 8 16 32 10400101 Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest sowie laborinterne Identitätssicherung im ABO-System
- 67 1 2 4 10399701 Direkter Anti-Humanglobulintest (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antisera
- 68 1 2 4 8 10399802 Anti-Humanglobulintest zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antisera

Zentrale Dienstleistungseinrichtung für **Transfusionsmedizin** der Universität zu Köln
Leiterin: Prof. Dr. Gathof · Kerpener Straße 62 · 50937 Köln · Telefon (02 21) 4 78 - 48 68 / - 48 66
Blutgruppenbestimmung - Konservenanforderung (gilt als ärztliche Verordnung)

Einsender:

Klinik	Station	Telefon
Lieferadresse, falls abweichend vom Einsender		

- Ambulant Stationär
 Allg. Pflegekasse Privat

ABO	Rh	andere

Name

Vorname Geburtsdatum

PLZ, Wohnort

Straße

Kostenträger

Klare und vollständige Patientenangaben zur Untersuchungsdurchführung unbedingt erforderlich!

Diagnose, Indikation, geplante OP:

Anforderung der Blutgruppe (ABO, Rh, Antikörpersuche)¹

Konservenanforderung Bitte Anzahl der Präparate entsprechend der zeitlichen Dringlichkeit in die Spalten eintragen

Präparat	Anzahl + Abrufdatum ²	Sofort auf Abruf ³	Direkt ⁴	Notfall eilt ⁵	Notfall ungekreuzt ⁶
Erythrozytenkonzentrat (EK)					
Thrombozytenkonzentrat gepoolt (TK)					
Thrombozytapheresepreparat (TT)					
Gefrorenes Frischplasma					
Eigenblut					
Frischplasma (aufgetaut)					
Bestrahlung					
Sonstiges:					

Frühere Transfusionen?

- nein ja unbekannt

Transfusionszwischenfälle?

- nein ja unbekannt

Frühere Blutstammzell-/KM-Transplantation?

- nein ja allogene autolog unbekannt

Hb des Patienten: _____ g/L

Thrombozytenzahl: _____ x10⁹/L

Datum der Blutentnahme (ggf. Uhrzeit)

Funk-Nr. _____ Unterschrift anfordernde(r) Arzt/Ärztin _____

1. Bei dringlicher Anforderung der Blutgruppe (ohne Konserven) unbedingt Indikation angeben

Letzter Durchschlag kann als Bestellnachweis behalten werden!

73

1	Jahr	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	2048	1024	512	256	128	64	32	16	8	4	2	1
2		Behandlungstag																					
3	Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4	Monat	JAN	FEB	MAR	APR	MAI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOV	DEZ	Vor-	ambulant	Selbstzahler	Auswärt. KH.	Notfall					
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							

Anforderung von Blut und Blutkonserven
- gilt als ärztliche Verordnung -

Transfusionsmedizin
der Universität zu Köln



*Bitte hier Patientenetikett
stets einkleben - auf jeden Beleg*

Blutgruppenbestimmung - Konservenanforderung

Ambul.	Station	Telefon
_____	_____	_____

Datum _____

- 62 10398201 ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D
- 63 10398301 ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor (C, c, D, E und e)
- 64 1 2 4 8 16 32 10398401 Blutgruppenmerkmale im NaCl- oder Albumin-Milieu (z. B. Rh, Kell, MNS) je Merkmal
- 65 10398801 Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulintest (indirekter Coombstest)
- 66 1 2 4 8 16 32 10400101 Serologische Verträglichkeitsprobe (**Kreuzprobe**) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest sowie laborinterne Identitätssicherung im ABO-System
- 67 1 2 4 10399701 Direkter Anti-Humanglobulintest (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antiseren
- 68 1 2 4 8 10399802 Anti-Humanglobulintest zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antiseren im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum
- 69 1 2 4 8 16 32 10398901 Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch nicht mehr als zwölf verschiedene Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3987 oder 3988, je Test-Erythrozyten-Präparation
- 70 10000101 Beratung, auch mittels Fernsprecher
- 71 10007002 Kurze Bestätigung (z. B. Ausstellung eines Blutgruppen-Ausweises; Eintragung im Mutterpaß)
- 72 10008001 Schriftliche gutachtliche Äußerung
- 73 1 2 4 8 10009501 Schreibgebühren, je angefangene DIN-A4-Seite
- 74 10025001 Blutentnahme
- 75 1 2 4 8 16 32 10398501 im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. C^w, D^u, Duffy), je Merkmal
- 76 1 2 4 8 16 32 10398601 im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. Kidd, Lutheran), je Merkmal
- 77 1 2 4 8 16 32 10399001 Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu
- 78 1 2 4 8 16 32 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-Präparation
- 79 1 2 4 8 16 32 10399301 Bestimmung des Antikörperlitters bei positivem Ausfall eines Antikörpersuchtests (Antikörper gegen Erythrozytenantigene)
- 80 1 2 4 8 16 32 10399402 Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z. B. Kälteagglutinine, Hämolyse)
- 81 1 2 4 8 16 32 10399903 Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Jahr

Behandlungstag

Tag

Monat

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

Vorstationär ambulant Selbstzahler Auswärt. KH. Notfall

Nachstationär stationär Privat Einsendung Gutachten

Version

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/Wahleistung 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: (5 ml Heparin (kein Li.-Heparin) + 5 ml EDTA-Blut) -A und -B
- # HLA-Klasse II Antigene: (5 ml EDTA-Blut) -A, -B und -C
- Retypisierung vor Stammzelltransplantation: -DR und -DQ-Locus
- HLA-Allel HLA-B*57:01 (5ml EDTA-Blut) Patienten (20 ml EDTA-Blut und 5 ml Nativblut)
- Krankheitsassoziation: (5 ml EDTA-Blut) Familienspender (10 ml EDTA)
- HLA- Antikörperscreening (10 ml Nativblut) HLA-B27
- Crossmatch (5 ml Nativblut) andere HLA-Antigene:
- Heparin-induzierte Thrombozytopenie (10 ml Nativblut + Anamnesebogen) ELISA
- HPA-Genotypisierung (2 ml EDTA-Blut) HIPA (nach ELISA Testergebnis bzw. tel. Rücksprache)
- Thrombozytäre Alloantikörper (10 ml Nativblut)
- Nur nach telefonischer Voranmeldung: (02 21) 4 78-61 76**
- Thrombozytäre Autoantikörper (10 ml Nativblut + 40 ml EDTA-Blut)

1	Jahr	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	2048	1024	512	256	128	64	32	16	8	4	2	1	
2	Behandlungstag																							
3	Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20	30											
4	Monat	JAN	FEB	MÄR	APR	MAI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOV	DEZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								

<input type="checkbox"/>	Vorstationär	<input type="checkbox"/>	ambulant	<input type="checkbox"/>	Selbstzahler	<input type="checkbox"/>	Auswärt. KH.	<input type="checkbox"/>	Notfall
<input type="checkbox"/>	Nachstationär	<input type="checkbox"/>	stationär	<input type="checkbox"/>	Privat	<input type="checkbox"/>	Einsendung	<input type="checkbox"/>	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 1000101 Beratung, auch mittels Fernsprecher
- 63 1000702 Kurze Bestätigung (z. B. Ausstellung eines Blutgruppen-Ausweises; Eintragung im Mutterpaß)
- 64 1000800 Schriftliche gutachtliche Äußerung
- 65 1 2 4 8 10009501 Schreibgebühren, je angefangene DIN-A4-Seite
- 66 10025001 Blutentnahme
- 67 1 2 4 8 16 32 10368901 Fetalhämoglobin in Erythrozyten
- 68 1 2 4 8 16 32 10369613 HLA-B27 mit FacScan
- 69 1 2 4 8 16 32 10398201 ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D
- 70 1 2 4 8 16 32 10398302 ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e)
- 71 1 2 4 8 16 32 10398401 im NaCl- oder Albumin-Milieu (z.B. Kell, C, c, D, P, Lewis, MNS) je Merkmal monoklonal
- 72 1 2 4 8 16 32 10398501 im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z.B. C^w, D^u, Duffy), je Merkmal
- 73 1 2 4 8 16 32 10398601 im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z.B. Kidd, Lutheran), je Merkmal
- 74 1 2 4 8 16 32 10398801 Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Coombstest
- 75 1 2 4 8 16 32 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 1 2 4 8 16 32 10399101 Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu
- 77 1 2 4 8 16 32 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-Präparation
- 78 1 2 4 8 16 32 10399301 Bestimmung des Antikörpertiters bei positivem Ausfall eines Antikörpersuchtests (Antikörper gegen Erythrozytenantigene)
- 79 1 2 4 8 16 32 10399402 Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z.B. Kälteagglutinine, Hämolytine)
- 80 1 2 4 8 16 32 10399501 Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassy (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden
- 81 1 2 4 8 16 32 10399602 Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassy (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethode
- 82 1 2 4 8 16 32 10399701 Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antiseren
- 83 1 2 4 8 16 32 10399802 Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest) zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monospezifisch monovalenten Antiseren im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum
- 84 1 2 4 8 16 32 10399903 Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kälteagglutinine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung
- 85 1 2 4 8 16 32 10400101 Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulin-Test sowie laborinterne Identitätsicherung im ABO-System
- 86 1 2 4 8 16 32 10400301 Dichtegradientenisolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung
- 87 1 2 4 8 16 32 10400401 Nachweis eines HLA-Antigens der Klasse 1 mittels Lymphozytotoxizitätstest nach Isolierung der Zellen
- 88 1 2 4 8 16 32 10400501 Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004
- 89 1 2 4 8 16 32 10400601 Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse 1 mittels Lymphozytotoxizitätstest mit mindestens 60 Antiseren nach Isolierung der Zellen, je Antiserum (x 180)
- 90 1 2 4 8 16 32 10400701 Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4006 (Volltypisierung)
- 91 1 2 4 8 16 32 10400801 Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse 2 mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 15 Sonden), insgesamt
- 92 1 2 4 8 16 32 10400901 Subtypisierung der HLA-Antigene der Klasse 2 mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 40 Sonden bzw. Primer), insgesamt
- 93 1 2 4 8 16 32 10401001 HLA-Isoantikörpernachweis
- 94 1 2 4 8 16 32 10401101 Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt
- 95 1 2 4 8 16 32 10401201 Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System nach Isolierung von Zellen und Organellen
- 96 1 2 4 8 16 32 10392008 Isolierung von DNA, je Probe
- 97 1 2 4 8 16 32 10392207 Amplifikation mit PCR je Zielsequenz (Cohns)

98 1 2 4 8 16 32