

Labor für Transfusionsmedizin UKH-HZL  
INO F 416, Rosenbühlgasse 27, CH-3010 Bern

Bereichsleitung PD Dr. med. M. Daskalakis michael.daskalakis@insel.ch  
Laborleitung Ali Özbey ali.oezbey@insel.ch  
Auskunft Tel. 031 632 33 07 transmed.transmed@insel.ch  
Website Fax 031 632 96 08  
www.hzl.insel.ch/de/tfm

Patient: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht

Absender (Stempel oder genaue Anschrift)	Rechnungsadresse:
Spital / Praxis: Abteilung: Ärztin / Arzt: Tel. / Sucher:	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Auftraggeber (Spital / Praxis) <input type="checkbox"/> Andere
Fragestellung / SS-Woche	Termine / Diagnose / Medikamente
<input type="checkbox"/> Patient/in wurde <input type="checkbox"/> vor < 14 Tagen <input type="checkbox"/> > vor 14 Tagen transfundiert <input type="checkbox"/> Blutgruppe bekannt (bitte Kopie der BG-Karte oder des Befundes beilegen) <input type="checkbox"/> Patientin ist schwanger: SSW? _____ <input type="checkbox"/> Placenta praevia <input type="checkbox"/> Anti-D Prophylaxe erhalten am: _____	Transfusionsdatum/Zeit: _____ Lieferort: _____ Diagnose: _____ Medikamente: _____

**Obligatorisch Datum und Zeit der Probenentnahme:** 1. Visum: 2. Visum:

**Probenmaterial: EDTA-Röhrchen 9 mL**  
 \* **Achtung:** Spezielle Abnahme bei 37 °C, 2 x Nativ + 1 x EDTA Röhrchen 9 mL. Vor der Abnahme: Rücksprache mit Labor.

Immunhämatologische Analysen	Blutbestellungen: Anzahl labile Blutprodukte
<input type="checkbox"/> Type und Screen (BG, RhD, DAT, AKST) <input type="checkbox"/> Direkter Antihumanglobulin Test <input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest <input type="checkbox"/> A-Untergruppe <input type="checkbox"/> Immune Anti-A / Anti-B <input type="checkbox"/> Isoagglutinin / Isohämolytintiter <input type="checkbox"/> Fy-Antigenbestimmung (Fya/Fyb) <input type="checkbox"/> * Kälteagglutinin-Abklärung <input type="checkbox"/> * Donath-Landsteiner-Test <input type="checkbox"/> Transfusionsreaktionen (EK + TK + FGP-Segmente) <input type="checkbox"/> Sonstige Analysen (nach telefonischer Rücksprache mit Labor): _____	<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat <b>bestrahlt</b> Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat <b>gewaschen</b> Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat <b>bestrahlt + gewaschen</b> Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat <b>Split</b> Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat <b>Split + bestrahlt</b> Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat <b>Split + bestrahlt + gewaschen</b> Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> Thrombozytenkonzentrat (TK) Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> Frisch gefrorenes Plasma (FGP) Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> Transfusionsbesteck Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> Hämatokrit Einstellung vom EK, gewünschter HK-Wert: _____

© KAISER DATA AG 401.9-07.2025 bitte hier falten!

