



Untersuchungsanforderung - Thrombozytäre Antikörper

Patientendaten: (Etikett kleben!) <input type="checkbox"/> KH St. Elisabeth <input type="checkbox"/> Ev. Diakonie-KH	Blutgruppenlabor Tel.:0345-557 5631 / Fax: 5633 (24 Stunden besetzt) _____ Feld für MA Labor
--	--

Probenmaterial

Abnahmedatum:	Abnahmezeit:	Tel.Nr. (Einsender):	Anruf wenn fertig (x)

Grunderkrankung des Patienten: _____

Klinische Verdachtsdiagnose / Symptome: _____

Thrombozytenzahl aktuell: _____ / μ l

Auftragsbearbeitung: routinemäßig 1x pro Woche (außer NAIT)

Angeforderte Untersuchung (bitte ankreuzen)	Untersuchungsmaterial
<input type="checkbox"/> Nachweis thrombozytärer Auto -Antikörper	5 ml Nativblut + 40 ml EDTA-Blut
<input type="checkbox"/> Nachweis thrombozytärer Allo -Antikörper	5 ml Nativblut
<input type="checkbox"/> Nachweis neonatale Allo-Immun-Thrombozytopenie (NAIT)	Kind 5 ml Nativblut Mutter 5 ml Nativblut + 10 ml EDTA-Blut Vater 10 ml EDTA – Blut

Hinweis: Bei den o.g. Untersuchungen handelt es sich um Spezialdiagnostik. Wir bitten die anfordernden Ärzte, die Anforderung sorgfältig auszufüllen. Nicht zuletzt sind diese Angaben entscheidend, um optimale Untersuchungsergebnisse generieren zu können.

Datum:

**Unterschrift und Stempel
des anfordernden Arztes:**

(Die Verantwortung für die Identitätssicherung trägt der anfordernde Arzt!)

(stark umrandete Felder sind auszufüllen, sonst keine Bearbeitung möglich!)

Kopie	gültig ab: 20.04.2020		Seite 2 von 2 (S.1 = Deckblatt - nur bei Original)
-------	-----------------------	--	--

Hinweis: Gebrauchskopien sind ohne manuelle Freigabedokumentation gültig!