

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# UNTERSUCHUNGS AUFTRAG

## FÜR IMMUNHÄMATOLOGIE



**MVZ Medizinisches Labor**  
HANNOVER

Am TÜV 6 · 30519 Hannover · Telefon: 0511-85622-0 · Fax: 0511-85622-710 · mail: info@mlh.de

Barcode  
im Labor

Diagnosen

Abnahmedatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abnahmezeit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel und Unterschrift

Eilt     Befundmitteilung    ( Fax: \_\_\_\_\_)  
 Tel.: \_\_\_\_\_

**Bitte den Schein immer vollständig (Name, Vorname, Geb.-Datum, Abnahmedatum, -uhrzeit und Unterschriften) ausfüllen !**

**Für Rückfragen:**  
 Behandelnder Arzt / Hebamme: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Mitbehandelnder Arzt /Gynäkologie /Hebamme: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Klinische Angaben / Anamnese:**

Blutgruppe (soweit bekannt): \_\_\_\_\_

Bekannte irreguläre Antikörper: \_\_\_\_\_

Frühere Transfusionen?     nein     ja    wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Medikamente:     nein     ja    welche? \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Schwangerschaften:     nein     ja    aktuelle SSW: \_\_\_\_\_

Ist dies die erste Schwangerschaft?     nein     ja

Rh-Prophylaxe:     nein     ja    Datum \_\_\_\_\_

Gibt oder gab es Probleme in der Schwangerschaft?     nein     ja    welche? \_\_\_\_\_

Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

Blutgruppe des Kindes / Partners (soweit bekannt): \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Bei Neu- und Frühgeborenen bitte immer zusätzlich Name, Vorname, Geb.-Datum der Mutter angeben**

**Untersuchungen**

Blutgruppe / Rh-Faktor  
 Ak-Suchtest  
 Direkter Coombstest  
 Ausweis

**Hinweis Probenmaterial:**  
*bitte 15 ml EDTA-Blut einsenden*  
*Röhrchen beschriften mit Name, Vorname, Geb.-Datum*

**Datum / Unterschrift des Probennehmers:** \_\_\_\_\_

**Datum / Unterschrift des Auftraggebers:** \_\_\_\_\_

Selbstzahler / Rechnung an Patienten: \_\_\_\_\_  
 (siehe Anschrift des Patienten)      Datum / Unterschrift Patient \_\_\_\_\_