

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

Universitätsklinikum Leipzig

Medizin ist unsere Berufung.

Department für Diagnostik

Institut für Transfusionsmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. Reinhard Henschler
 Johannisallee 32, Haus 8, 04103 Leipzig

Labor für Transplantationsimmunologie

Telefon: 0341 9725314 (Labor); Fax: 9725359
 Telefon: 0341 9725350, -20115 (Laborleitung)

Auftragsnummer

Anforderungsformular HLA-Diagnostik

026.8

Einsender-Etikett



Einsender (Stempel)

Einsender
(Stempel)

Abnahmedatum	Telefon für Rückfragen
--------------	------------------------

Behandlungsart		Tarif-Info
Stationär	Ambulant	
Vollstationär	Primär-Abrechnungs-Schein	Pauschale
Teilstationär	Ü-Schein	EBM
Vorstationär	Notfallschein	GOÄ
Nachstationär	BG-Fall (Unfall)	DKG-NT
	Privatabrechnung	BG-T
Privatpat./Selbstzahler	Vereinbarte Einzelleistung	Gutachten
Ärztl. Wahlleistung	Außerhalb der Regelzeit	Forsch./Hausch.
Fremdes Haus	Ambulantes Operieren	Forsch./Dritt.

NOTFALL

Bitte telefonisch ankündigen!

Diagnose / laufende Therapie / Fragestellung

ICD-10 Diagnose Schlüssel:

Datum/Unterschrift anfordernder Arzt

Indikation

<input type="checkbox"/> vor Organtransplantation <input type="checkbox"/> nach Organtransplantation <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Cornea <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/> Pankreas <input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/> vor Therapie <input type="checkbox"/> nach Therapie <input type="checkbox"/> Immunadsorption <input type="checkbox"/> Plasmaaustausch <input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/> Vorbereitung zur Knochenmarktransplantation oder PBSCT <input type="checkbox"/> autolog <input type="checkbox"/> allogene verwandt <input type="checkbox"/> allogene nicht verwandt
--	---	---

<input type="checkbox"/> DNA-Rückstellprobe <input type="checkbox"/> Serum-Rückstellprobe <input type="checkbox"/> Milz-Rückstellprobe	Krankheitsassoziation / Therapie assoziiert <input type="checkbox"/> B*27 <input type="checkbox"/> Zöliakie <input type="checkbox"/> Narkolepsie <input type="checkbox"/> andere: _____
--	--

Antikörperdiagnostik und Kreuztest

HLA-Antikörper-Diagnostik
 Material: Serum oder Nativblut

Leukozyten-Kreuztest mit:
 Spender (Name, Vorname, Geburtsdatum) _____
 Fremdspender (GRID, Geburtsdatum) _____
 ohne diese Angaben erfolgt keine Bearbeitung

Material: EDTA- oder Citrat- oder Heparin-Blut und Serum oder Nativblut von Spender und Empfänger

HLA-Typisierung low high HLA-Bestätigungstypisierung
 Spender Empfänger

(wenn externer HLA-Typisierungsbefund vorliegt, bitte Fax an 97-25359)

<input type="checkbox"/> HLA-ABC	<input type="checkbox"/> HLA-DQB1
<input type="checkbox"/> HLA-DRB1	<input type="checkbox"/> HLA-DPB1
<input type="checkbox"/> HLA-DRB3,4,5	<input type="checkbox"/> HLA-DPA1
<input type="checkbox"/> HLA-DQA1	<input type="checkbox"/> andere: _____

Material: EDTA- oder Citrat- oder Heparin-Blut

Bemerkungen