

**Direktor**

Dr. med. J. Fischer

**Immungenetisches Labor**

Dr. rer. nat. J. Enczmann

Telefon 0211-81-18684/19533

FAX 0211-81-19109

**Auftrag zur immungenetischen Diagnostik**

Annahmezeiten für Probenmaterial: Mo-Do von 8:00 – 14:30, Fr 8:00 – 14:00

**Patientendaten (Aufkleber):**

(Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_ Geschlecht (w/m): \_\_\_\_

**Patienteninformation:**

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

Diagnose (Patient): \_\_\_\_\_

Indikation (Patient): \_\_\_\_\_

Zellzahl kleiner als 1000 kernhaltige Zellen/ $\mu$ l

ja  nein

Anmerkung:

**Patienteninformation**

Probe des **Patienten**

Probe eines **Spenders**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_ Geschlecht (w/m): \_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

(Nicht vom Auftraggeber auszufüllen)

**Labor-Nr:**

**Eingangsdatum:**

**Erfasst von:**

**Gewünschte Untersuchungen:**

**Primärtypisierung** 10ml ACD-Blut

**Für Thrombozytensubstitution** 10ml ACD-Blut

**Bestätigungstypisierung** 10ml ACD-Blut

**HLA-B27 \*** 10ml ACD-Blut

**HLA-B57 \*** 10ml ACD-Blut

**Andere HLA-Typisierung:** 10ml ACD-Blut

**Chimärismusanalyse** 10ml ACD-Blut vom Empfänger  
(sowie des Spenders. Falls kein Material vorliegt, bitte tel. Rücksprache unter 18684).

**KIR-Typisierung (NK-Zell-Polymorphismus)** 10ml ACD-Blut

**Minor-Antigen-Typisierung** 10ml ACD-Blut

**CCR5-Deletionsbestimmung** 10ml ACD-Blut

**Antikörper-Screening** 10ml Nativblut

**Cross-Match (inkl. Blutgruppenbestimmung und Antikörper-Screening)**

Spender: 20ml ACD-Blut + 10ml EDTA-Blut

Patient: 10ml EDTA-Blut + 10ml Nativblut

**Patient für Cross-Match** \_\_\_\_\_

**Spender für Cross-Match** \_\_\_\_\_

\*Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG erforderlich  
ACD-Blut: Antikoagulanzen Citrat

**Befundempfänger (Stationsstempel):**

Telefon:

**Rechnungsempfänger/Krankenkasse/Kostenträger:**

Bitte je Patient und/oder potentiellen Spender einen eigenen Auftragschein nutzen.  
Die Identität der entnommenen Blutprobe mit dem Inhalt des/der Probenröhrchen wird bestätigt.

**Verantwortlicher Arzt**  
(Druckbuchstaben)

**Datum**

**Unterschrift und Stempel**