

 UKH Universitätsklinikum Halle (Saale)	Anforderungsschein Untersuchung Thrombozytäre Antikörper TR-00-A02	F
	Version 3.0 / gültig ab 01.03.2024	Seite 1 von 1

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

Probenmaterial

Abnahmedatum:	Abnahmezeit:	Tel. Nr. (Einsender):	Anruf wenn fertig (x)
<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>

Grunderkrankung Patient/in: _____

Klinische Verdachtsdiagnose / Symptome: _____

Thrombozytenzahl aktuell: _____ / μ l

Auftragsbearbeitung: routinemäßig 1x pro Woche (außer NAIT)

Angeforderte Untersuchung (bitte ankreuzen)	Untersuchungsmaterial
<input type="checkbox"/> Nachweis thrombozytärer 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: <input style="width: 150px; height: 60px;" type="text"/>	Unterschrift und Stempel der/des anfordernden Ärztin/Arztes:	<input style="width: 250px; height: 60px;" type="text"/>
--	---	--

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

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