

### Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name

Vorname

Geburtsdatum  Geschlecht  m  w

Strasse, Hausnr.

PLZ  Ort

Land

Ethnie, falls nicht kaukasischer Herkunft

### Verantwortliche ärztliche Person

Titel, Vorname, Name

Praxis/Klinik

Strasse, Hausnr.

PLZ  Ort

Land

Telefon  Fax

Unterschrift

### Auftrag für nicht-invasive fetale Blutgruppenbestimmung

RhD  Andere\*:

\* Nach telefonischer Rücksprache: ☎ 0641 / 985-41 544 oder -41 525

\* Die Untersuchungen unterliegen den Regelungen des GenDG und sind daher nur in Verbindung mit einer unterschriebenen Einwilligungserklärung (Formular zum Download auf unserer Homepage verfügbar) und einer genetischen Beratung gültig.

### Krankenversicherung

Laborüberweisungsschein Muster 10  privat  ambulant  
 über Klinik  § 116 b  KVB / Post B / Beihilfe  stationär

### Untersuchungsmaterial

- RhD: 2 x 10 mL EDTA-Blut; Röhrchen nicht eröffnen, nicht zentrifugieren, Versand unmittelbar nach Blutentnahme
- Alle anderen Blutgruppenmerkmale (z.B. HPA-1a, K): 2 x 10 mL BCT-Blutentnahmeröhrchen (Streck®) plus 1 x 10 mL Nativblut. Röhrchen 10x invertieren, Röhrchen nicht eröffnen, nicht zentrifugieren, nicht kühlen. Probe sollte 1 Tag nach Entnahme eintreffen.

### Pflichtangaben

Gravida:  Para:  ET:  SSW + Tag:  +   Einlingsschwangerschaft  Mehrlingsschwangerschaft  
 Eizellspende ggf. Rh-Prophylaxe zuletzt:  AB0 Rh-Blutgruppe der Patientin:

(Wenn möglich, Kopie des Mutterpasses beilegen)

### Fragestellung, klinische Angaben

Bei fetaler / neonataler Alloimmunthrombozytopenie in einer Vorschwangerschaft:

Thrombozytenzahl des Neugeborenen:  G/L  Intrakranielle Blutung  ja  nein  unbekannt

### Bereits erfolgte Diagnostik:

(aktuelle immunhämatologische Befunde (Antikörper); Blutgruppen-Genetik; Befunde des Ehemannes (Zygotie); Blutgruppenbefunde der Kinder aus Vorschwangerschaften; bitte in Kopie der Anforderung beilegen)