



Patientendaten		Einsender	
Name _____ Vorname _____ _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich geb. am _____ Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____		Name des anfordernden Arztes (bitte leserlich) _____ Telefon _____ _____ Stempel und Unterschrift des anfordernden Arztes	
Kostenträger			
<input type="checkbox"/> GKV-Patient/-in → bitte ausgefüllten Ü-Schein Nr. 10 beilegen <input type="checkbox"/> GOÄ-Rechnung an Einsender / Klinik <input type="checkbox"/> Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patienten) <input type="checkbox"/> Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patienten) <small>Für Selbstzahler bitte Kostenübernahmeerklärung ausfüllen, ggf. Kostenvoranschlag anfordern.</small>			
Entnahmedatum:		Postversand: ungekühlt (Probeneingang: Montag-Freitag)	
HLA-Typisierung (SSP-PCR) (10ml EDTA-Blut)			
<input type="checkbox"/>	Klasse I gesamt (low)		
	<input type="checkbox"/> A*	<input type="checkbox"/> B*	<input type="checkbox"/> C*
<input type="checkbox"/>	Klasse II gesamt (low)		
	<input type="checkbox"/> DRB1*	<input type="checkbox"/> DQB1*	<input type="checkbox"/> DQA1* <input type="checkbox"/> DPA1, DPB1*
<input type="checkbox"/>	Klasse II gesamt (high)		
	<input type="checkbox"/> DRB1*	<input type="checkbox"/> DQB1*	
<input type="checkbox"/> Einverständnis des Patienten liegt vor!			
Name und Unterschrift des Arztes:			
HLA-Antikörper (ggf. Differenzierung) (10ml Serum)			
<input type="checkbox"/>	Bead-Array-Methode (Luminex)		<input type="checkbox"/> LCT
Crossmatch (10ml EDTA + 10ml Heparin Spender; 10ml Serum Empfänger)			
<input type="checkbox"/>	Bead-Array-Methode (Luminex)		<input type="checkbox"/> LCT
Listung Organtransplantation (10ml EDTA, 10ml Heparin, 10ml Serum Empfänger)			
<input type="checkbox"/>	HLA-Klasse I + II Typisierung, autologes Crossmatch, HLA-Antikörper		
Quartalsscreening vor Nierentransplantation (10ml Serum)			
<input type="checkbox"/>	Quartal	<input type="checkbox"/>	nach immunisierendem Ereignis
Immunisierende Ereignisse:			
	Impfung:	_____	
	Bluttransfusion:	_____	
	Schwangerschaft:	_____	
	Transplantatentfernung:	_____	
	Sonstiges:	_____	