



Patientendaten		Einsender	
<p>Name _____ Vorname _____</p> <p>geb. am _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Wohnort _____</p>		<p>Name des anfordernden Arztes (bitte leserlich) _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Stempel und Unterschrift des anfordernden Arztes _____</p>	
Kostenträger			
<p><input type="checkbox"/> GKV-Patient/-in → bitte ausgefüllten Ü-Schein Nr. 10 beilegen <input type="checkbox"/> GOÄ-Rechnung an Einsender / Klinik</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patienten) <input type="checkbox"/> Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patienten)</p> <p><small>Für Selbstzahler bitte Kostenübernahmeerklärung ausfüllen, ggf. Kostenvoranschlag anfordern.</small></p>			
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"/>	Klasse II gesamt (high)		
	<input type="checkbox"/> DRB1*	<input type="checkbox"/> DQB1*	
<input type="checkbox"/>	Krankheitsassoziation		
	<input type="checkbox"/> B27	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
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"/>	1. Quartal	<input type="checkbox"/>	2. Quartal
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3. Quartal
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	4. Quartal
Immunisierende Ereignisse:			
Impfung:	_____		
Bluttransfusion:	_____		
Schwangerschaft:	_____		
Transplantatentfernung:	_____		
Sonstiges:	_____		