

Patientendaten		Einsender	
Name _____ Vorname _____ geb. am _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich 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: _____			