

Olten: 062 311 4246
Solothurn: 032 627 4274
Dornach: 061 704 4450



7

Datum und Zeit der Probeentnahme

Tag [1-31] Monat [Jan-Dec] Kopie an: []
Stunde [0-11] Minute [0-55]

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geschlecht: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Krankenkasse: _____

Patientenkleber



Auftragsnummer

Notfall kap
Visum BE _____

Standort Abteilungscode
[BSS] [DOR] [KSO] [PD]
[0-9] [0-9] [0-9] [0-9]

Stempel Auftraggeber (extern)
 Bemerkungen:

BA 05 [0-9] [0-9] [0-9] [0-9] [0-9] [0-9] [0-9] [0-9] [0-9] [0-9]
BV 02 [0-9] [0-9] [0-9] [0-9] [0-9] [0-9] [0-9] [0-9] [0-9] [0-9]

☞ lichtempfindlich, in Alufolie ☼ auf Eis ⓘ unbedingt Analysenliste beachten ☎ telefonische Anmeldung +1 separates Röhrchen ! sofort ins Labor bringen

TP	Blutgruppenserologie	Blutprodukte	Informationen	TP	Verschiedenes
<input type="checkbox"/> 71.4	Type and Screen Blutgruppe / Rhesus Antikörpersuchtest DAT (Direkter Antihumanglobulintest)	<input type="checkbox"/> notfallmässig innert 1 Std. <input type="checkbox"/> routinemässig 2 - 4 Std.	<input type="checkbox"/> OPS in _____ Std. <input type="checkbox"/> Schwangerschaftskontrolle _____ Wo. SSW <input type="checkbox"/> Anti-D verabreicht Datum _____ Diagnose _____ Medikamente _____ <input type="checkbox"/> Blutgruppenausweis erwünscht	<input type="checkbox"/> 9.2	Kälteagglutinine # ⓘ Screen <input type="checkbox"/> 42
<input type="checkbox"/> 17.1	2. Blutgruppe Blutgruppe / Rhesus	EK-Bestellung [1] [2] [3] [4] [5]		Transfusionsreaktion (TR)	
<input type="checkbox"/> 38.3	Rhesus-Phänotyp	<input type="checkbox"/> bestrahlte EK ☎		EK <input type="checkbox"/> FGP <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 28.4	Neugeborenen-BG Blutgruppe / Rhesus DAT (Direkter Antihumanglobulintest)	FGP-Bestellung [1] [2] [3] [4] [5]		Konserven während und vor der TR ins Labor bringen	
<input type="checkbox"/>	Röhrchen in Reserve	TK-Bestellung Vorgesehenes Transfusionsdatum: _____ Unterschrift des zuständigen Arztes für Blutbestellungen (EK, FGP, TK) _____ EK Transfusion in den letzten 14 Tagen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt		Für Blutkulturen der Konserven und des Patienten bitte Auftrag Bakt. Institut beilegen Blutdruck/Puls Vor TR _____ Bei TR _____ Temperatur Vor TR _____ Bei TR _____ Verantwortlicher Arzt (Tel.) _____	