

# UNTERSUCHUNGS AUFRAG FÜR IMMUNHÄMATOLOGIE



MVZ Medizinisches Labor  
HANNOVER

Am TÜV 6 · 30519 Hannover · Telefon: 0511-85622-0 · Fax: 0511-85622-710 · mail: info@mlh.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Ärztlicher Leiter: Dr. med. André Siegel  
Angestellte Ärzte:  
Dr. med. Veronika Imse  
Dr. med. Silvia Lehnert  
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin  
Dr. med. Thomas Lehnert  
Facharzt für Mikrobiologie, Virologie  
und Infektionsepidemiologie

Diagnosen

Abnahmedatum

Abnahmezeit

<input type="checkbox"/> Eilt	<input type="checkbox"/> Befundmitteilung	<input type="checkbox"/> Fax: _____
		<input type="checkbox"/> Tel.: _____

Stempel und Unterschrift

**Bitte den Schein immer vollständig (Name, Vorname, Geb.-Datum, Abnahmedatum, -uhrzeit und Unterschriften) ausfüllen !**

**Für Rückfragen:**  
Behandelnder Arzt / Hebamme: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Mitbehandelnder Arzt /Gynäkologie /Hebamme: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Klinische Angaben / Anamnese:**  
Blutgruppe (soweit bekannt): \_\_\_\_\_  
Bekannte irreguläre Antikörper: \_\_\_\_\_  
Frühere Transfusionen?  nein  ja wann zuletzt? \_\_\_\_\_  
Medikamente:  nein  ja welche? \_\_\_\_\_  
Sonstiges: \_\_\_\_\_  
  
Schwangerschaften:  nein  ja aktuelle SSW: \_\_\_\_\_  
Ist dies die erste Schwangerschaft?  nein  ja  
Rh-Prophylaxe:  nein  ja Datum \_\_\_\_\_  
Gibt oder gab es Probleme in der Schwangerschaft?  nein  ja welche? \_\_\_\_\_  
Fehlgeburten: \_\_\_\_\_  
Blutgruppe des Kindes / Partners (soweit bekannt): \_\_\_\_\_  
Sonstiges: \_\_\_\_\_  
**Bei Neu- und Frühgeborenen bitte immer zusätzlich Name, Vorname, Geb.-Datum der Mutter angeben**

<b>Untersuchungen</b> <input type="checkbox"/> Blutgruppe / Rh-Faktor <input type="checkbox"/> Ak-Suchtest <input type="checkbox"/> Direkter Coombstest <input type="checkbox"/> Ausweis	<b>Hinweis Probenmaterial:</b> <i>bitte 15 ml EDTA-Blut einsenden</i> <i>Röhrchen beschriften mit Name, Vorname, Geb.-Datum</i>
--	---

**Datum / Unterschrift des Probennehmers:** \_\_\_\_\_  
**Datum / Unterschrift des Auftraggebers:** \_\_\_\_\_

Selbstzahler / Rechnung an Patienten: \_\_\_\_\_  
(siehe Anschrift des Patienten) Datum / Unterschrift Patient \_\_\_\_\_