



LfIMD-PV-F02 Untersuchungsauftrag KMT/allo SZT

Empfänger- oder Spenderdaten:

**Labor für Immungenetik und
Molekulare Diagnostik**

Tel. +49 (0)89 4400 77402

Fax: +49 (0)89 4400 77411

Labor.IMMG@med.uni-
muenchen.de

www.lmu-klinikum.de

Postanschrift:

Elisabeth-Winterhalter-Weg 15

D-81377 München

Empfänger ☐ Spender ☐ für Patient: _____

Familienmitglied ☐ Verwandtschaftsgrad zum Pat.: _____

Diagnose: _____ Fragestellung: _____

Leukozytenzellzahl (Patient): _____ Blastenstatus: _____

Gabe von therapeut. AK (z.B. Rituximab) ☐ (welcher, wann): _____

Geplante TX Datum: _____

Vorausgegangene Transfusionen Datum: _____

Vorausgegangene Transplantationen Datum: _____

Knochenmark- oder Stammzelltransplantation:

HLA-Typisierung Klasse I und II: ☐

ca. 9ml EDTA- oder 8 ml CPDA-Blut

HLA-Retypisierung (HLA-Klasse I und II): ☐

ca. 9ml EDTA- oder 8 ml CPDA-Blut

Antikörperscreening: ☐

ca. 20 ml Vollblut oder 10 ml Serum

Antikörperspezifizierung: ☐

ca. 20 ml Vollblut oder 10 ml Serum

Crossmatch: ☐

Spender: ca. 16 ml CPDA- oder Heparin-Blut; Empfänger: ca. 20 ml Vollblut oder 10 ml Serum



Probenzustellung freitags bis 10:00 Uhr

Gemäß den Richtlinien bitten wir Sie, die vollständigen Patientendaten sowie das Datum der Blutabnahme direkt auf dem **Blutröhrchen** und auf dem **Untersuchungs-
auftrag** anzugeben. Unbeschriftete Blutproben dürfen nicht bearbeitet werden. Infektiöses Material kennzeichnen. Proben auslaufsicher versenden (Verpackungsvor-
schrift UN 3373, Biologischer Stoff, Kategorie B). Der entnehmende Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift die Probenidentität und den Auftrag.

Datum der Blutentnahme:

Auftraggeber (Stempel)

Unterschrift des Arztes:

Name in Druckbuchstaben:

