



Anforderung für immungenetische Untersuchung: HLA-Typisierung bei solider Organtransplantation

Indexpatient

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w

Anschrift _____

wenn möglich Etikett verwenden

Auftraggeber / Einsender / Stempel

Anfordernder Arzt

Unterschrift

Weitere Angaben

Diagnose/ _____

Indikation _____

Notfall* (nur nach tel. Ankündigung, Faxnummer angeben)

Kostenträger (unbedingt angeben)

GKV (gesetzl. versichert) PKV (privat versichert)

→ bitte zus. angeben ambulant stationär

Extern _____ Selbstzahler

Organ Niere Pankreas Herz Leber Kombination/Sonstiges _____

Untersuchungsmaterial

Vollblut Sonstiges _____

EDTA Citrat CPDA

Leukozytenzahl < 1.500/µl (tel. Rücksprache erforderlich!)

Abnahme

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

--	--	--	--	--

Uhrzeit

Molekulargenetische HLA-Typisierung

Standardtypisierung (HLA-A, -B, -C, -DR, -DQ, -DP)

Ergänzungs-/Nachtypisierung (bitte Loci angeben)

HLA-_____ HLA-_____

HLA-_____ HLA-_____

→ bitte immer zusätzlich angeben (ein Kreuz pro Zeile)

Patient / Empfänger Spender _____

Ersttypisierung Bestätigungstypisierung

Neuanmeldung Wiederanmeldung

Probe zur Lagerung (nach DSO-Organangebot) _____

Angaben zum (potentiellen) Spender

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w

Verw.verhältnis _____

wenn möglich Etikett verwenden

Minimal benötigte Untersuchungsmaterialien

Untersuchung _____ Vollblut¹

Mol. HLA-Typisierung _____ 2,5 ml

¹antikoaguliert (EDTA, Citrat, CPDA), Leukozytenzahl > 1.500/µl

Wichtige Hinweise:

Bitte begleitende Anforderungshinweise / Checkliste beachten.

*Sofortige Bearbeitung und Befundübermittlung bis zum nächsten Werktag nur bei rechtzeitigem Eingang des Probenmaterials möglich:

- **Mo - Do: 11:00 Uhr**
- **Fr: 10:00 Uhr**

Laborinterne Dokumentation:

Materialeingang: _____ Auftragsetikett/MA-Kürzel:

Kenn-Nr: 22180

Freigabedatum: 21.09.2023

Versionsnummer 001