



**Patient:**

Name, Vorname:  
geb.:

**Einsender / Auftraggeber:**

**Angehöriger / Spender:**

Name, Vorname:  
geb.:

**Abweichender  
Rechnungsempfänger:**

**Patient ist derzeit:**

*Bitte unbedingt angeben!*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ambulant              | <input type="checkbox"/> stationär  |
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> privat versichert ( <i>Adresse bitte angeben</i> ) |

Privatadresse:  
.....

**Untersuchungsanforderung**

**HLA-Typisierung (molekulargenetisch) <sup>(1)</sup>**

- HLA-A, -B
- HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1
- HLA-DRB1, -DQB1\*
- Andere: HLA- .....\*
- HLA-B27\*

**Indikation:**

- Stammzelltransplantation
- Spendersuche
- Transfusion (Thrombozyten, Granulozyten)
- Krankheitsassoziation\*

**Auflösungsgrad:**

**Typisierung:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niedrig (2-stellig) | <input type="checkbox"/> Hoch (4-stellig)             |
| <input type="checkbox"/> Ersttypisierung     | <input type="checkbox"/> Bestätigungstypisierung (CT) |

**Antikörperdiagnostik / Kreuzproben**

- Anti-HLA-Antikörper <sup>(2)</sup>
- Lymphozytäre Kreuzprobe <sup>(1) (2)</sup>

Fragestellung	Diagnose

**Hinweise:**

Kreuzprobe:                      Rücksprache bei Vortherapie mit antilymphozytären Antikörpern

Anti-HLA-Antikörper: Angabe zu Sensibilisierungsereignissen machen

*\*Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) muss vorliegen*

**Material:**

- <sup>(1)</sup> > 5ml EDTA Blut
- <sup>(2)</sup> 2ml Serum
- .....

**Entnahmedatum:** ..... **Arzt/Ärztin:** ..... **Unterschrift:** .....

(Probenmaterial ist beschriftet, Identität wird bestätigt)

*Laborvermerk:*