

Bitte Patientenetikett einkleben oder in Druckbuchstaben ausfüllen



UNIVERSITÄTSmedizin.

MAINZ

Einsender

Institut für Transfusionsmedizin -
Transfusionszentrale

Name, Vorname

Geburtsdatum

w m

HLA-Labor

Direktorin: Prof. Dr. med. Daniela S. Krause



Laborinfos

Adresse

Geb. 900, 2. OG, Raum 2.056
Augustusplatz 4, 55131 Mainz
Telefon: +49 (0) 6131 17-3203
Telefax: +49 (0) 6131 17-8451
E-Mail: hla-transfusionszentrale@unimedizin-mainz.de

ET-Nummer

Formblatt zur Ermittlung der Immunisierungsereignisse

Immunisierungsanamnese (vom behandelnden Arzt bei jeder Änderung auszufüllen)

Keine Änderungen bezogen auf die Immunisierungsanamnese vom: _____

Vorherige Transplantationen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
		Organart	Transplantationsdatum
Abstoßung/immunologischer Transplantatverlust:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
		Letzte Abstoßung am:	
		Funktionsverlust am:	
Transplantat-Entfernung(en):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
		Transplantat	Entfernungsdatum
Bluttransfusionen: (auch Thrombozytenkonzentrate)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
		Anzahl:	
		Datum der letzten Transfusion:	
Für Patientinnen: Frühere Schwangerschaften (Geburten u. Fehlgeburten)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
		Anzahl:	
		Datum letzte Schwangerschaft:	

Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Stations-/Praxisstempel