

0001186

LKI-ZIB_BGS_SS

FO

Serologische Untersuchungen Mutter-Kind-Pass

Serologie-Nr.

*Kostenstelle
oder
Einsender*

Grau hinterlegte Felder sind vom Einsender auszufüllen

Name _____		Rhesus-Prophylaxe erhalten? ja wann: _____ nein _____	
Mädchenname _____			
Vorname _____ geb.am _____		Schwangerschaftszahl: _____	Die Blutentnahme erfolgte nach Identitätsprüfung von: _____
PLZ/Ort _____		Schwangerschaftswoche: _____	_____ <i>Name in Blockbuchstaben</i>
Straße/Nr. _____		Entbindungstermin: _____	_____ <i>Unterschrift</i>
Sozialversicherungsnummer _____			Datum der Blutentnahme: _____
Bei Tirol Kliniken Häusern bitte Patientenetikett			

Blutgruppe	Serumgegenprobe				Datum:				Datum:										
	A1	A2	B	0															
Rhesus	D	CDE	Leerk	C	C ^w	c	E	e	K	k	D ^{var}	D ^{VI}	DCT						
Antikörpersuchtest	AHG 37°C																		
	I																		
	II																		
	III																		
	IV																		
Toxoplasmose (ELFA): IgG IgM	Röteln (ELFA): IgG IgM						HIV Ag/Ak HBsAg Lues												
Kindsvater	Serumgegenprobe				AHG 37°C				Datum:				Datum:						
	A1	A2	B	0	I	II	III	IV											
Blutgruppe/Rhesus/Antigennachweise												Unterschrift BMA				Unterschrift Arzt			

Telefonat mit: _____
Datum: _____ Uhrzeit: _____
Unterschrift: _____

Bemerkungen: