

0001186

LKI-ZIB\_BGS\_SS

FO

Serologische Untersuchungen Mutter-Kind-Pass

Serologie-Nr.

*Kostenstelle  
oder  
Einsender*

Grau hinterlegte Felder sind vom Einsender auszufüllen

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

Blutgruppe	Serumgegenprobe				Datum:	Datum:
	A1	A2	B	0		
				Unterschrift BMA		Unterschrift Arzt

Rhesus	D	CDE	Leerk	C	C <sup>w</sup>	c	E	e	K	k	D <sup>var</sup>	D <sup>VI</sup>	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: