

Universitätsklinikum Gießen und Marburg
 Zentrum für Transfusionsmedizin und
 Hämotherapie
 HLA-Labor
 Frau Dr. med. Sandra Wienzek-Lischka
 Langhansstr. 7
 35392 Gießen

Patient (Etikett):

Name, Vorname Geburtsdatum:
Einsender (Klinik/Station) Telefon/Fax: Zuständiger Arzt:

Auftrag für immungenetische Untersuchungen

HLA-Labor (☎ 0641/985-41525)

<input type="checkbox"/> Abrechnung an Auftraggeber <input type="checkbox"/> Abrechnung mit KV (bitte Überweisungsschein M 10 beilegen) <input type="checkbox"/> §116b SGB <input type="checkbox"/> Rechnung an Patienten (Selbstzahler, vollständige Adresse des Patienten angeben)	
Abnahmedatum: _____ Verdachtsdiagnose / Fragestellung: HLA-Antikörper-Bestimmung <input type="checkbox"/> LCT <input type="checkbox"/> Luminex/Festphase <input type="checkbox"/> Lymphozytäre Autoantikörper <input type="checkbox"/> Crossmatch HLA-Typisierung, molekulargenetisch (HLA-Klasse I: A,B,C HLA-Klasse II: DR,DQ,DP,DRBX) SZ-/KM-Transplantation <input type="checkbox"/> Ersttypisierung <input type="checkbox"/> Bestätigungstypisierung Familienspender für SZ-/KM-Patient <input type="checkbox"/> Ersttypisierung <input type="checkbox"/> Bestätigungstypisierung Verwandtschaftsverhältnis zum Patienten: _____ <input type="checkbox"/> HLA-Typisierung im Rahmen von HLA-assoziierten Krankheiten <input type="checkbox"/> Immunphänotypisierung <input type="checkbox"/> CD34-Bestimmung (bitte tel. ankündigen) <input type="checkbox"/> Sonstiges bitte tel. Rücksprache	
Spenderdaten: Name, Vorname Geburtsdatum:	Klinische Angaben: Transplantation? Wenn ja, wann? Bitte ggf. Patienten/Spendertypisierung beilegen

Erläuterungen zum Untersuchungsmaterial

HLA-Labor Tel. 0641/985-41525, hla.labor@uk-gm.de	
Gewünschte Untersuchung	Erforderliches Untersuchungsmaterial
HLA-Klasse I/II Antikörperscreening (Lymphozytotoxizitätstest/Luminex) ggf. HLA-Klasse I/II Antikörperdifferenzierung	3 ml Serum (7,5 ml Röhrchen Nativ)
Lymphozytäre Autoantikörper	2ml Serum und 10 ml Heparin-Blut
Lymphozyten-Crossmatch (LCT) (serologische Verträglichkeitsprobe im HLA-System)	Empfänger: 10 ml Serum; Spender: 10 ml Heparin-Blut, Milz, Lymphknoten
Molekularbiologische Bestimmung der HLA-Klasse I und Klasse II-Merkmale	10 ml EDTA-Vollblut
HFE-Gen (hereditäre Hämochromatose)	3 ml EDTA-Vollblut + Einverständniserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz
Narkolepsie	3 ml EDTA-Vollblut + Einverständniserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz
HLA-Einzelantigene bei Krankheitsassoziationen	3 ml EDTA-Vollblut + Einverständniserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz
Stammzell-Labor Tel. 0641/985-41525, stammzell.labor@uk-gm.de	
Gewünschte Untersuchung	Erforderliches Untersuchungsmaterial
Immunphänotypisierung (syn. Immunstatus)	Kinder 2 ml EDTA Blut, Erwachsene 10 ml EDTA Blut
CD34-Bestimmung (Stammzellen)	3 ml EDTA-Blut