

Ergänzungsformular zum Anforderungsschein für HLA-Typisierung UKF – Familientypisierung –

Empfänger*in (Patient*in) Bitte möglichst Patient*innenetikett einkleben

Name und Vorname _____ Geburtsdatum _____ Station _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____ Telefon _____

Krankenkasse _____

1. Spender*in (Familienangehörige*r)

Name und Vorname _____

Geburtsdatum _____ Datum der Probenentnahme _____

Verwandtschaftsgrad

-
- Mutter
-
- Vater
-
- Kind
-
-
- Geschwister
-
- Halbgeschwister
-
-
- Sonstige: _____

Für interne Vermerke

2. Spender*in (Familienangehörige*r)

Name und Vorname _____

Geburtsdatum _____ Datum der Probenentnahme _____

Verwandtschaftsgrad

-
- Mutter
-
- Vater
-
- Kind
-
-
- Geschwister
-
- Halbgeschwister
-
-
- Sonstige: _____

Für interne Vermerke

3. Spender*in (Familienangehörige*r)

Name und Vorname _____

Geburtsdatum _____ Datum der Probenentnahme _____

Verwandtschaftsgrad

-
- Mutter
-
- Vater
-
- Kind
-
-
- Geschwister
-
- Halbgeschwister
-
-
- Sonstige: _____


Für interne Vermerke

*(Bearbeitung nur möglich, wenn die Felder
vollständig ausgefüllt und die Proben
ordnungsgemäß beschriftet sind!)*

Für die Richtigkeit der Probenidentität:

Datum _____ Unterschrift und Stempel bei Probenentnahme _____

**Der Weitergabe dieses Befundes an die behandelnden Ärzt*innen des Universitätsklinikums Freiburg
stimme ich zu:** nein ja

 Datum _____  Unterschrift Spender*in/Familienangehörige*r _____

 _____  Unterschrift Vertreter*in _____