

Patient **Einsender**

Name _____
 Vorname _____
 Geb.-Datum ____:____:____ m w
 Anschrift _____

Ggf. Stempel

- Selbstzahler
 Kassenpatient
 Rechnung an Einsender / Klinik
 Wahlarztleistung

SSW: _____ Zyklustag: _____

Präanalytik

Datum und Uhrzeit der Blutabnahme:

____.____.20 ____ um ____:____

Nachricht an

Bei Krankenhaus bitte Station angeben _____

Name: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Bescheid erbeten per Tel. oder Fax

Thrombophilie Diathese		Hämorrhagische Diathese	Bisherige Therapie	
Ort des Gefäßverschlusses	Auslösende Faktoren:	Grund der Untersuchung	prokoagulatorisch	antikoagulatorisch
<input type="checkbox"/> Beinvenenthrombose	<input type="checkbox"/> perioperativ	<input type="checkbox"/> akute Blutung	<input type="checkbox"/> FFP	<input type="checkbox"/> unfrakt. Heparin i. v.
<input type="checkbox"/> Pfortaderthrombose	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft/Wochenb.	<input type="checkbox"/> chronische Blutung	<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrate	<input type="checkbox"/> unfrakt. Heparin s. c.
<input type="checkbox"/> Mesenterialvenenthrombose	wenn ja, SSW: _____	<input type="checkbox"/> perioperative Blutung	<input type="checkbox"/> Thrombozytenkonzentrate	<input type="checkbox"/> LMW-Heparin
<input type="checkbox"/> Lebervenenthrombose	<input type="checkbox"/> Ovulationshemmer	<input type="checkbox"/> wenn ja, Art der Operation: _____	<input type="checkbox"/> PPSB	<input type="checkbox"/> Orgaran (Danaparoid)
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Hormonersatztherapie HRT	<input type="checkbox"/> Zahnextraktion	<input type="checkbox"/> Faktor-VIII-Konzentrate	<input type="checkbox"/> Arixtra (Fondaparinux)
<input type="checkbox"/> Armvenenthrombose	<input type="checkbox"/> Immobilisation	<input type="checkbox"/> familiär bek. Blutungsübel	<input type="checkbox"/> Faktor-IX-Konzentrate	<input type="checkbox"/> Argatra (Argatroban)
<input type="checkbox"/> Myokardinfarkt	<input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/> Schock	<input type="checkbox"/> Faktor-XIII-Konzentrate	<input type="checkbox"/> Marcumar / Coumadin
<input type="checkbox"/> apoplektischer Insult	<input type="checkbox"/> Exsikkose	<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> DDAVP (Minitrin)	<input type="checkbox"/> Xarelto (Rivaroxavan)
<input type="checkbox"/> peripherer art. Verschluss	<input type="checkbox"/> Rauchen	<input type="checkbox"/> geburtshilf. Komplikationen	<input type="checkbox"/> von Willebrand-Faktor-Konz.	<input type="checkbox"/> Eliquis (Apixaban)
<input type="checkbox"/> anderer art. Verschluss:	wenn ja, wieviel: _____	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft, SSW: _____	<input type="checkbox"/> rek. akt. F VII (Novoseven)	<input type="checkbox"/> Lixiana (Edoxaban)
	<input type="checkbox"/> Abbr. Antikoagulation	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> FEIBA	<input type="checkbox"/> Pradaxa (Dabigatran)
	<input type="checkbox"/> Glukokortikoidtherapie	<input type="checkbox"/> Hämatomneigung	<input type="checkbox"/> Antifibrinolytika (Tranexams.)	<input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure (ASS)
	<input type="checkbox"/> chron. entzdl. Darmerkrank.	<input type="checkbox"/> sonstige:	<input type="checkbox"/> Vitamin K	<input type="checkbox"/> Clopidogrel
		<input type="checkbox"/> sonstige:	<input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> Ticagrelor (Brilique)
		<input type="checkbox"/> Petechien		<input type="checkbox"/> Prasugrel (Efient)
		<input type="checkbox"/> Sugillationen		<input type="checkbox"/> Fibrinolytika
		<input type="checkbox"/> Nasenbluten		<input type="checkbox"/> Antithrombin-Konzentrat
		<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten		<input type="checkbox"/> Protein-C-Konzentrat
		<input type="checkbox"/> Muskeleinblutung		<input type="checkbox"/> andere:
		<input type="checkbox"/> Gelenkeinblutung		pathologische Laborwerte
		<input type="checkbox"/> gastrointestinale Blutung		_____
		<input type="checkbox"/> Urogenitalblutung		_____
		<input type="checkbox"/> ZNS-Blutung		_____
		<input type="checkbox"/> Hypermenorrhoe		_____

Weitere Angaben

Unterschrift Arzt:

Der Patient wurde von mir gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und stimmt dieser Untersuchung und der Übermittlung der gewonnenen Daten an mich zu:

Ort, Datum, Unterschrift

Wichtige Hinweise

Mit * gekennzeichnete Parameter: Proben müssen bis 4 Std. nach Entnahme im Labor sein, die Anforderung des Fahrdienstes muss unter der Telefonnummer 0157/ 302 06656 (nach Möglichkeit 48 Stunden vor der Abholung) erfolgen.

Für D-Dimere und F1.2 (z. B. Kontrolle in der Schwangerschaft) ist auch der Postversand bei RT möglich. **Bitte beachten Sie unser Leistungsverzeichnis und die Hinweise zur Präanalytik auf unserer Homepage:** <http://www.gzrr.de>

Für eine Komplettabklärung (häorrhagische oder thrombophile Diathese) benötigen wir: **4 x 4,5 ml Citratblut, 2 x 2 ml EDTA-Blut und 1x 7,5 ml Nativblut**

Bei Komplettabklärung oder Genotypisierung beachten Sie bitte das Gendiagnostikgesetz und bestätigen uns die Aufklärung und Einwilligung des Patienten auf der vorderen Seite. Alternativ können Sie uns aber auch eine Kopie der Patienteneinwilligung zukommen lassen. Ein Beispiel hierfür finden Sie ebenfalls auf unserer Homepage. Sie können uns Ihre Fragestellung nennen, und wir wählen dann die Untersuchungen aus, welche zur Beantwortung notwendig sind. Alternativ können Sie uns auch einen konkreten Zielauftrag erteilen. Bei Fragen zu Diagnostik und Präanalytik beraten wir Sie auch gerne telefonisch: (0203) 348 336-0

Auftrag nach Fragestellung	gezielte Anforderung		
Blutungsneigung	Blutbild, Thrombozytenfunktion	plasmatische Thrombophilie	Raynaud-Syndrom
O Blutungsneigung *	O Blutbild / Thrombozytenzahl (E)	O Faktor-V – Mutation Leiden / G1691A (E)	O Kälte-Agglutinine (Warmblut, E) (1) *
O Blutungsneigung Kinder < 6 J. *	O Differentialblutbild mikrosk. (E)	O APC-Resistenz (C)	O Kryoglobuline (Warmblut, S) *
O Präoperative Abklärung Kind *	O Thrombozytenaggregation n. Born (4xC) *	O Prothrombin – Mutation / G20210A (E)	O Kryofibrinogen (Warmblut, E) *
O Hypermenorrhoe *	O PFA 100 ADP/Collagen (PFA) *	O Antithrombin (C)	Genotypisierungen
O postoperative Nachblutung *	O PFA 100 Epinephrin/Collagen (PFA) *	O Protein S, Aktivität (C) *	O Fibrinogen – Genotypisierung (E)
Thrombophilie	Durchflusszytometrie Thrombozyten	Fibrinolyse	O Faktor V – Genotypisierung (E)
O Thromboseneigung *	O Fibrinogen-Rezeptor (GPIIb/IIIa) (C) *	O Protein S, freies Ag (C) *	O Faktor VII – Genotypisierung (E)
O Neigung art. Gefäßverschlüssen *	O von Willebrand-Rezeptor (GPIb/IX) (C) *	O Protein C – Aktivität, chromogen (C)	O Faktor VIII – Genotypisierung (E)
O Thromboseneigung Kinder < 6 J. *	O Thrombin-Rezeptor (GPIIb) (C) *	O Protein C – Aktivität, clotting (C)	O Faktor VII – Genotypisierung (E)
Thrombozytopenie	extrinsisches Gerinnungssystem	Stoffwechsel	O Faktor VIII – Genotypisierung (E)
O unklare Thrombozytopenie *	O Faktor II (Prothrombin) (C) *	O Plasminogen (C) *	O von Willebrand Faktor – Genotyp. (E)
O Heparin-induzierte Thrombozytopenie	O Faktor V (C) *	O Antiplasmin (C) *	O Faktor IX – Genotypisierung (E)
O Autoimmunthrombozytopenie *	O Faktor VII (C) *	O PAI 1 (C) *	O Faktor X – Genotypisierung (E)
Kontrolle	intrinsisches Gerinnungssystem	Antiphospholipid Syndrom	O Faktor XI – Genotypisierung (E)
O Kont. Schwangerschaft Thrombophilie	O aPTT (C) *	O Lupus Antikoagulans (C) *	O Faktor XIII – Genotypisierung (E)
O Kontrolle nach Absetzen Marcumar	O Faktor VIII koagulometrisch (C) *	O Anti-Cardiolipin-AK (C S)	O Antithrombin – Genotypisierung (E)
Endokrinologie	O Faktor VIII chromogen (C) *	O Anti-β2-Glykoprotein-I-AK (C S)	O Protein S – Genotypisierung (E)
O Hirsutismus/Hyperandrogenämie	O Faktor IX koagulometrisch (C) *	O Anti-Prothrombin-AK (C S)	O Protein S – Genotypisierung (E)
O Zyklusstörung	O Faktor IX chromogen (C) *	O Anti-Annexin-AK (C S)	O Protein S – Genotypisierung (E)
O HRT Wechseljahre	O Faktor XI (C) *	O Anti-Annexin-AK (C S)	O Protein S – Genotypisierung (E)
O Kinderwunsch/Sterilität	O Faktor XII (C) *	O Antinukleärer Faktor / ANF (C S)	O Protein S – Genotypisierung (E)
Sonstiges	Vorphasenfaktoren	O ENA-Autoantikörper (S) (1)	O Protein S – Genotypisierung (E)
O Abort / Schwangerschaftskomplikation *	O Präkallikrein (C) *	O Antikörper gegen ds-DNA (S) (1)	O Protein S – Genotypisierung (E)
O Raynaud-Syndrom *	O High-Molecular-Weight-Kinogen (C) *	O citrullinierte Peptid-AK / CCP (S) (1)	O Protein S – Genotypisierung (E)
O hereditäres Angioödem/HAE *	von Willebrand Syndrom	O BSG (BSG) *	O Protein S – Genotypisierung (E)
O Resistenz gegen ASS (Citrat) *	O vWF-Aktivität (C) *	Aktivitätsmarker	O Protein S – Genotypisierung (E)
O Resistenz gegen Clopidogrel (PFA) *	O vWF-Antigen / vWF:Ag (C)	O D-Dimere (C)	O Protein S – Genotypisierung (E)
O Kontrolle unter Xarelto	O vWF-Collagenbindungsfähigkeit (C) *	O Prothrombinfragment 1,2 (F1.2) (C)	O Protein S – Genotypisierung (E)
O Kontrolle unter Eliquis	O vWF-Multimere-Analyse 1,3% Gel (C)	O Thrombin-Antithrombin-Komplex (TAT) (C)	O Protein S – Genotypisierung (E)
O Kontrolle unter Lixiana	O vWF-Propeptid (C)	Essentielle Thrombozytose	O Protein S – Genotypisierung (E)
O Kontrolle unter Pradaxa	O vWF-Faktor-VIII-Bindungsaktivität (C) (1)	O Jak-2 (E) (1)	O Protein S – Genotypisierung (E)
O Anämie *	Fibrinbildung / -vernetzung	Blutgruppe	O Protein S – Genotypisierung (E)
O Weitere Fragestellungen / Analysen:	O Plasma-Thrombinzeit / PTZ (C)	O Blutgruppen- und Rh-Bestimmung (E) (1)	O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	O Batroxobinzeit (C)	O Antikörpersuchtest indir. Coombsstest (E) (1)	O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	O Fibrinogen nach Clauss (C)	Hereditäres Angioödem / HAE	O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	O Fibrinogen, immunologisch (C)	O C1-Esterase-Inhibitor-Aktivität (C) *	O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	O Faktor XIII (C)	O C1-Esterase-Inhibitor-Antigen (C) * (1)	O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	Inhibitoren der Blutgerinnung	Antikoagulationen	O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	O Hemmkörper gegen Faktor VIII(C)	O Anti-F Xa-Akt., unfrakt. Heparin (C)	O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	O Hemmkörper gegen Faktor _____ (C)	O Anti-F Xa-Akt., niedermol. Heparin (C)	O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	thrombozytäre Thrombophilie	O Anti-F Xa-Akt., Danapanoid (Organon) (C)	O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	O p-Selektin (CD62p) (C) *	O Anti-F Xa-Akt., Fondaparinux (Arixtra)(C)	O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	O Fibrinogenrez.-Polym. / HPA 1a/b (E)	O Anti-F Xa-Akt., Rivaroxaban (Xarelto) (C)	O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	O Kollagenrez.-Polym. / C807T (E)	O Anti-F Xa-Akt., Apixaban (Eliquis) (C)	O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	Thrombozytopenie	O Anti-F Xa-Akt., Edoxaban (Lixiana) (C)	O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	O gebundenen plättchenspez. AK (E, 20 ml!)	O Anti-F IIa-Akt., Argatroban (Argatra) (C)	O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	O freie plättchenspez. AK (S C)	O Anti-F IIa-Akt., Dabigatran (Pradaxa) (C)	O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	O Thrombozytenzahl / Citratblut (C)		O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	O Thrombozytenzahl / ThromboExakt (TE)		O Protein S – Genotypisierung (E)
_____	O HIT, AK gegen Heparin-PF4-Komplex (C S)		O Protein S – Genotypisierung (E)

(C) Citratblut
(E) EDTA-Blut
(F) Fluorid

(S) Serum
(PFA) saures Citrat für PFA 100
(*) Probe nicht lagerungsstabil, s. o.!

(TE) ThromboExakt
(1) Fremdleistung
(2) nicht akkreditiert