

Befundende Ärzte: PD Dr. K. Gutensohn
W. Becker

Spezialgerinnung
AescuLabor Hamburg, Hafenerweg 36, 22769 Hamburg
Tel.: 040 / 33 44 11 847, Fax: 040 / 33 44 11 809

<i>Patient: Name und Adresse oder Aufkleber</i>	<i>Praxisdaten oder Aufkleber</i>
Name:	Name des Arztes:
Vorname:	Tel.:
Geb.-Dat. Geschlecht	Fax:
Adresse	

Blutentnahme – Datum: _____ Uhrzeit: _____

Aktuelle Diagnose		
Klinische Angaben Anamnese	Thromboseneigung <input type="checkbox"/> venöse Thrombose <input type="checkbox"/> arterielle Thrombose <input type="checkbox"/> Thrombose bei Verwandten 1.° <input type="checkbox"/> Aborte, Gestose, IUFT <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Sonstige Risikofaktoren	Blutungsneigung <input type="checkbox"/> postoperative Blutung <input type="checkbox"/> Hämatomneigung <input type="checkbox"/> Schleimhautblutung <input type="checkbox"/> verzögerte Wundheilung <input type="checkbox"/> Petechien <input type="checkbox"/> familiäre Blutungsneigung <input type="checkbox"/> pathologischer Gerinnungsstatus
Klinische Angaben Medikamente	<input type="checkbox"/> Heparin (UFH) <input type="checkbox"/> Heparin (NMH) <input type="checkbox"/> Hirudin <input type="checkbox"/> Marcumar (o.Ä.)	<input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Clopidogrel (o.Ä.) <input type="checkbox"/> β -Blocker <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva Medikament: _____ Dosierung: _____

<input type="checkbox"/> Gerinnungsstatus	TPZ (Quick), INR, aPTT, Fibrinogen	1 C
<input type="checkbox"/> Präoperatives Screening	TPZ (Quick), INR, aPTT, Fibrinogen, Blutbild (klein)	1 C, 1 E
Abklärung Thromboseneigung		
<input type="checkbox"/> Thrombophiliescreening	TPZ (Quick), aPTT, Fibrinogen, Anti-Phospholipid-AK, Protein C, Protein S, Antithrombin (AT), Faktor-VIII-Akt., Faktor-II- und Faktor-V-Mutation*	3 C, 1E, 1 S
<input type="checkbox"/> Anti-Phospholipid-AK	<input type="checkbox"/> Lupus Antikoagulans <input type="checkbox"/> Anti-Cardiolipin-AK, β 2-GP-AK	1 C, 1 S
<input type="checkbox"/> Molekulargenetik *	<input type="checkbox"/> Faktor-V-Leiden-Mutation <input type="checkbox"/> Faktor-II-Mutation	1 E
<input type="checkbox"/> Inhibitoren	<input type="checkbox"/> Protein C <input type="checkbox"/> Protein S <input type="checkbox"/> Antithrombin (AT)	1 C
<input type="checkbox"/> D-Dimere	<input type="checkbox"/> Plasm. Gerinnungsfaktoren: _____	1 C
<input type="checkbox"/> APC-Resistenz (Aktivitätsmessung)	<input type="checkbox"/> Homocystein (nüchtern, saures Citrat)	
Abklärung Blutungsneigung		
<input type="checkbox"/> Abklärung Blutungsneigung (2 C)	<input type="checkbox"/> Faktor-XIII-Mangel (1 C)	<input type="checkbox"/> V. a. TTP (ADAMTS 13) (1 C)
<input type="checkbox"/> von-Willebrand-Diagnostik (2 C)	<input type="checkbox"/> Thrombozyten-AK (1S, 20 ml E)	
Thrombozytenfunktion		
<input type="checkbox"/> Allg. Thrombozytenfunktion (5 C)	<input type="checkbox"/> Therapieüberwachung von Aggreg.-Hemmern (5 C)	
Medikamenten-Monitoring		
<input type="checkbox"/> Marcumartherapie (1 C)	<input type="checkbox"/> Heparintherapie (Anti-Xa) (1 C)	<input type="checkbox"/> Thrombininhibitoren-Therapie (1 C)
Abklärung Abortneigung		
<input type="checkbox"/> Thrombophiliescreening	+ <input type="checkbox"/> Protein Z (3 C, 1E, 1 S)	
C=Citratblut (3 ml) E=EDTA-Blut S=Vollblut oder Serum		

Sonstige Anforderungen

<p>* Einwilligung Patient: Mein behandelnder Arzt hat mich über die genetischen Untersuchungen informiert. Ich willige hiermit ein, dass die o.a. Laboranalysen durchgeführt werden dürfen.</p>	Ort, Datum Unterschrift
--	----------------------------