

Spezielle Immunhämatologie und Gendiagnostik

Einsender	Stempel erbeten	65/72501 Dr. med. Ulrich Pachmann Arzt für Transfusionsmedizin Kurpromenade 2, 95448 Bayreuth Tel.: 0921 / 85 02 01 - Fax: 0921 / 85 02 03 e-mail: mail@laborpachmann.de; Website: www.laborpachmann.de Proben-Annahme: Mo. - Fr. 8 - 18 Uhr, Sa. 10 - 12 Uhr Sprechstunden: Di. u. Do. 10 - 11 Uhr u. nach Vereinbarung			
	Name <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum	Privat versichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn "ja", bitte Adresse:		
Patient	Vorname				

Anamnese	Diagnose/Fragestellung:	Befund vom: Leukozyten _____ Thrombozyten _____ Erythrozyten _____ Lymphozyten _____
	Therapie/Medikation:	Transfusionen: <u>ja</u> , zuletzt am: _____ Thrombozyten: _____ Erythrozyten: _____ Blutentnahme Datum, Uhrzeit: _____ Frischplasma: _____
Besondere Hinweise: z.B. Transfusionsunverträglichkeiten:		

Untersuchungen	Thrombozyten	Blutungsneigung
	<input type="checkbox"/> Heparin-induzierte Thrombozytopenie (HIT) ★ (1+2) <input type="checkbox"/> HIT incl. Fondaparinux/Pentasaccharid ★ (1+2) <input type="checkbox"/> Abklärung Thrombozytopenie (ITP, M. Werlhof) (1+5) <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie des Neugeborenen (NAIT) ★ (3+12) <input type="checkbox"/> Medikament-induzierte Thrombozytopenie (1+5+6) <input type="checkbox"/> Transfusionskomplikation (2+6) <input type="checkbox"/> Thrombozyten-Verträglichkeitsprobe ★ (2+6) <input type="checkbox"/> Thrombozytopathie (2+4) <input type="checkbox"/> erworbene (plasmatische Inhibitoren) (4) <input type="checkbox"/> angeborene (Glanzmann, Bernard-Soulier) ★ (2) <input type="checkbox"/> in vitro-Arteriolenverschußzeit (binnen 2 ½ Std im Labor) ★ (10) <input type="checkbox"/> Humane Plättchen-Antigene (HPA-Typisierung) (2+11)	<input type="checkbox"/> Abklärung Blutungsneigung (Rspr.) (1+2+2x4) <input type="checkbox"/> Hemmkörper für Gerinnungsfaktor Nr.: _____ (Rspr.) (4) <input type="checkbox"/> von Willebrand-Faktor incl. Multimeranalyse (4) <input type="checkbox"/> Kollagen-Bindungsaktivität (4) <input type="checkbox"/> Faktor-VIII-Bindungskapazität (9) Lupus <input type="checkbox"/> Abklärung Antiphospholipid-Syndrom (1+4) Thrombosegefahr <input type="checkbox"/> ASS-Resistenz (binnen 2 ½ Std im Labor) ★ (2+4) <input type="checkbox"/> Abklärung Thromboserisiko bei Schwangerschaft (1+2+4+11) <input type="checkbox"/> Abklärung Thromboserisiko allgemein (1+2+4+11) <input type="checkbox"/> Thrombophilie-Gene (7 Haupttrisiken) (2+11) <input type="checkbox"/> Faktor V Leiden (Faktor V G1691A) (2+11) <input type="checkbox"/> Faktor V HR2 Haplotyp (Faktor V Ferrara) (2+11) <input type="checkbox"/> Faktor II G20210A (Prothrombin-Expression) (2+11) <input type="checkbox"/> HPA 1b (Fibrinogenrezeptor) (2+11) <input type="checkbox"/> GP Ia C807T (Kollagenrezeptor-Expression) (2+11) <input type="checkbox"/> MTHFR C677T (Endothelrisiko) (2+11) <input type="checkbox"/> PAI-1 -675 4G (Fibrinolyse-Retard.) (2+11)

Untersuchungen	Erythrozyten	Einverständniserklärung nach dem GenDiagnostik-Gesetz
	<input type="checkbox"/> M. haemolyticus neonatorum ★ (3) <input type="checkbox"/> Abklärung Hämolyse (1+2) <input type="checkbox"/> Medikament-induzierte Immunhämolyse ★ (1+2+6) <input type="checkbox"/> Transfusionskomplikation (Rspr.) (2+6) <input type="checkbox"/> Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH, zyklische Hämolyse) (2) <input type="checkbox"/> biphasische (Donath-Landsteiner-) Kälteantikörper (Rspr.) (1+2)	Ich wurde über Zweck, Art und Umfang der obenstehenden Thrombophilie-Faktoren aufgeklärt und wünsche deren Bestimmung. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen. Das Labor Dr. Pachmann darf meine Ergebnisse nicht weitergeben, außer an mich persönlich und an meinen überweisenden Arzt. Nur nach Rücksprache und Einverständnis von mir persönlich dürfen meine Untersuchungsergebnisse auch an andere mich behandelnde Ärzte weitergeleitet werden. Das Untersuchungsmaterial soll nicht länger als hierfür erforderlich aufbewahrt werden. Datum: _____ Unterschrift: _____
Anford. Arzt	Leukozyten	Ihre Anforderung
	<input type="checkbox"/> Immun-Leukozytopenie (1+2) <input type="checkbox"/> Medikament-induzierte Leukozytopenie (Rspr.) (1+2+6) <input type="checkbox"/> Transfusions-assoziierte Lungeninsuffizienz (TRALI) (7) <input type="checkbox"/> Immunstatus (B, T _h , T _s , NK-Zellen) ★ (2)	bitte zusenden: Untersuchungsanträge für: <input type="checkbox"/> Labor Information zu: <input type="checkbox"/> maintrac
maintrac® zirkulierende epitheliale Tumorzellen maintrac® Untersuchungsantrag bitte anfordern oder auf www.maintrac.de herunterladen		
Untersuchungsmaterial: (1) 4ml Serum (2) 5ml EDTA-Blut (3) 2ml EDTA-Blut des Neugeborenen und je 6 ml von Mutter und Vater (4) 5ml Citratblut (5) 20ml EDTA-Blut (6) 5ml Urin u. Medikament-Proben (je 1 Tagesdosis) bzw. Konservenbeutel (7) 4ml Serum u. 5ml EDTA-Blut von Spender u. Empfänger (9) 2ml Citratplasma gefroren (10) PFA-Röhrchen innerh. 2h im Labor (11) Einverständniserklärung erforderlich (12) separate Einverständniserklärung, bitte anfordern. Index: a arterielles Embolierisiko v venöses Thromboserisiko m Metastasierungsrisiko ° nicht im Geltungsbereich der Akkreditierung Rspr. Rücksprache erbeten unter Tel. 0921 / 850 201 ★ Probenbearbeitung am selben Arbeitstag bei Probeneingang Mo - Fr bis 14 Uhr und Sa bis 12 Uhr		

Anford. Arzt	Unterschrift/Hdz:	Datum:
	Name	Telefon:
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Dr.		Telefax:
Anmerkungen:		



Fragebogen zum Thromboserisiko

Gruppe I: Ihre persönlichen Angaben

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: M W Sons.

Körpergröße (cm): _____ Körpergewicht (kg): _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Gruppe II: Ihre persönlichen Risikofaktoren

Sind Sie Raucher?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wie viele Zigaretten pro Tag	<input type="text"/>	
Sind Sie schwanger?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie die Pille?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Hormone ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Welche:		
Leiden Sie unter Krampfadern und/oder Hämorrhoiden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie bereits eine Thrombose erlitten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, wie viele	<input type="text"/>	
Leiden / litten Sie an einer bösartigen Erkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
(z.B. Tumor) wenn ja, welche		
Seit wann?	Stadium?	
Sind Sie z.Z. in Behandlung mit einer Chemotherapie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden / litten Sie unter Lupuserkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden / litten Sie unter Diabetes mellitus?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden / litten Sie an Herzinsuffizienz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Gruppe III: Ihre persönlichen Schutzfaktoren

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja, wie oft pro Woche.....

Sind Sie z.Z. in Thrombose-therapie mit Medikamenten? Ja

(z.B. Heparin, Phenprocoumon, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana)?

Tragen Sie Kompressionsstrümpfe? Ja

Gruppe IV: Ihre familiäre Risikobelastung

Anzahl Geschwister und Kinder

Wie viele Thrombosen / Lungenembolien gab es bisher in Ihrer nächsten Verwandtschaft?

Wie viele davon haben sich vor dem 50. Lebensjahr zugetragen?

Wie viele der Erkrankten leiden / litten gleichzeitig unter Diabetes m.?

Gruppe V: Ihre Risikofaktoren im Blut

Bestimmt werden folgende Faktoren: Blutgruppe, FV Leiden, FII G20210A, PAI-1-675(4G), MTHFR C677T, F VIII, D-Dimere, Protein-C, Protein-S, Antithrombin, Homocystein und Lupus Antikoagulanz.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt oder direkt an die Arbeitsgemeinschaft Transfusionsmedizinisches Zentrum Bayreuth - TZB - Laborpraxis Dr. Pachmann. Eine Bestimmung dieser Faktoren kann zeitnah von Ihrem Arzt veranlasst werden (Überweisungsschein nötig) und so die Präzision Ihres persönlichen thrombotrac® Gutachtens erhöhen.

Ihre Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. **In Sondersituationen** (selbst Thrombose erlitten / Thrombose, Faktor V Leiden oder Prothrombin Variante 20210 (Faktor II) in der Verwandtschaft 1. und 2. Grades [Eltern, Geschwister, Kinder]) werden die **Blutuntersuchungen Gruppe V bei Überweisung unter Angabe der Ausschlussziffer 32011 zur Abklärung einer krankhaften Thromboseerregung von allen Kassen ohne Budget-Belastung getragen.**

Hiermit erteile ich Ihnen den Auftrag zur Berechnung meines Thromboserisikos mittels thrombotrac® und zur Erstellung meines persönlichen thrombotrac®-Gutachtens. Die Kosten für die Erstellung des Gutachtens werden in Sondersituationen i.d.R. von privaten Krankenkassen getragen.

Datenschutzhinweise für Patienten

Um unseren Diagnostik- oder Behandlungsauftrag zu erfüllen, ist es nötig Daten von Ihnen abzufragen und elektronisch zu speichern. Wir werden nur die für uns nötigen Angaben von Ihnen erfragen und verarbeiten.

Für die Abrechnung des Untersuchungsauftrages ist es nötig Daten an die Kassenärztliche Abrechnungsstelle weiterzugeben (Sozialgesetzbuch V).

Bei Privatpatienten wird die Abrechnung von einem externen Abrechnungsbüro getätigt.

Durch den Untersuchungsauftrag gestatten Sie uns einen Befund an den überweisenden Arzt zu senden. Sollte ein Befund zusätzlich für einen anderen Arzt gewünscht oder nötig sein, benötigen wir dazu Ihr schriftliches Einverständnis.

Ihre gespeicherten Daten werden von uns gesetzeskonform aufbewahrt und ebenso gesetzeskonform gelöscht. Es steht Ihnen jederzeit zu, Einsicht in Ihre Patientenakte zu nehmen. Die für uns zuständige datenschutzrechtliche Aufsichtsbehörde ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach, Tel: 0981-5313 00, Email: poststelle@lda.bayern.de.

Gez. Dr. Ulrich Pachmann

Datum: _____ Unterschrift: _____