

Gerinnungspraxis zu Köln

Ambulanz und Labor für Gerinnungserkrankungen

Gürzenichstr. 19 - 50667 Köln - Tel.: 0221 / 912 489 - 0

Zweigpraxis: Friedrich-Breuer-Str. 56 - 53225 Bonn - Tel.: 0228 / 976 324 45

Einsender/Stempel	Name, Vorname	Patientendaten/Etikett
	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Straße	
	PLZ Wohnort	
Bei Krankenhaus bitte Station angeben: _____ Mitteilung erbeten an: Tel.: _____ Fax: _____ Ansprechpartner/in: _____	<input type="checkbox"/> Kassenpatient (ambulant) <input type="checkbox"/> Privatpatient <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Stationär, Wahlleistung	

Datum und Uhrzeit der Blutabnahme: _____

Unterschrift des/der Anfordernden: _____

Anlaß der Untersuchung	Blutungsneigung	Medikamente	erfolgte Therapien/Substit.
<input type="checkbox"/> Thromboseneigung	<input type="checkbox"/> auffälliges Labor: _____	<input type="checkbox"/> niedermolekulares Heparin	<input type="checkbox"/> DDAVP (Minirin)
<input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> unfraktioniertes Heparin	<input type="checkbox"/> Tranexamsäure
<input type="checkbox"/> Z. n. Ereignis, wann: _____	<input type="checkbox"/> chronisch	<input type="checkbox"/> Cumarinderivate	<input type="checkbox"/> GFP (FFP)
<input type="checkbox"/> rezidivierend	<input type="checkbox"/> familiäre Blutungsneigung <small>falls näheres bekannt, bitte unten angeben</small>	<input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto) ↓	<input type="checkbox"/> PPSB
<input type="checkbox"/> Abortneigung	<input type="checkbox"/> Auslöser	<input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa)	andere Faktorenkonzentrate: _____
<input type="checkbox"/> familiär gehäuft	<input type="checkbox"/> intraoperativ	<input type="checkbox"/> Apixaban (Eliquis)	<input type="checkbox"/> Vitamin K
Lokalisation	<input type="checkbox"/> postoperativ	<input type="checkbox"/> Antiaggregantien	<input type="checkbox"/> Thrombozytenkonzentrat
<input type="checkbox"/> Beinvenenthrombose	Eingriff: _____	Präparat: _____ Dosierungen: _____	<input type="checkbox"/> EK
<input type="checkbox"/> Armvenenthrombose	<input type="checkbox"/> Zahnextraktion	Andere Medikamente:	Blutgruppe bekannt?
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> peri-/postpartal	_____	AB0/Rhesus:
andere venöse Lage: _____	<input type="checkbox"/> Medikamente (siehe dort)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Schlaganfall, ischämisch	Art - Lokalisation	_____	
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Hämatomneigung	_____	
<input type="checkbox"/> peripherer art. Verschuß	<input type="checkbox"/> Petechien	_____	
<input type="checkbox"/> Auge (<input type="checkbox"/> venös, <input type="checkbox"/> arteriell)	<input type="checkbox"/> Unterhauteinblutungen	_____	
Auslöser	<input type="checkbox"/> Epistaxis	_____	
<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> gastrointestinal	_____	
<input type="checkbox"/> Ovulationshemmer/HRT	<input type="checkbox"/> Insult, hämorrhagisch	_____	
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft, SSW: _____	<input type="checkbox"/> Hypermenorrhoe	_____	
<input type="checkbox"/> Immobilisation	<input type="checkbox"/> Gelenkeinblutung	_____	
<input type="checkbox"/> lange Reise	anderes: _____		
<input type="checkbox"/> Adipositas			
anderes: _____			

Weitere anamnestische Angaben: _____

Gewünschte Untersuchungen bitte auf der Rückseite angeben.

Die Proben sollten möglichst innerhalb von 4 Stunden nach Blutentnahme im Labor sein. Die Bestellung des Fahrdienstes unter 0221 / 912 489 - 0 sollte hierfür möglichst frühzeitig, am besten bis 14 Uhr am Vortag erfolgen.

Für einen möglichen Postversand bitte die Informationen auf der Webseite www.gpkoeln.de beachten.

In der Regel benötigen wir für eine komplette Diagnostik:

3x 5 ml Citratblut - 3x 3 ml EDTA-Blut - 2x 7,5 ml Serum

Fragestellungen	<input type="checkbox"/> Thrombophilie	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Abortneigung
<input type="checkbox"/> Thrombozytopenie	<input type="checkbox"/> Anderes _____		
Einzelanforderungen			
<input type="checkbox"/> Global-/Gruppenteste	<input type="checkbox"/> Aktivierungsmarker	<input type="checkbox"/> Thrombozyten-Antikörper	Blutbild
<input type="checkbox"/> Quick/INR (C)	<input type="checkbox"/> D-Dimere (C)	<input type="checkbox"/> freie Antikörper (C)	<input type="checkbox"/> kleines Blutbild (E)
<input type="checkbox"/> PTT (C)	<input type="checkbox"/> Prothrombinfragm. F1+2 (C)	<input type="checkbox"/> gebund. Antikörper (E, 20 ml)	<input type="checkbox"/> großes Blutbild (mas.) (E)
<input type="checkbox"/> Thrombinzeit (C) <i>nur wenn markiert</i>	<input type="checkbox"/> Inhibitoren	HIT	<input type="checkbox"/> Ausstrich (E)
<input type="checkbox"/> Reptilasezeit (C)	<input type="checkbox"/> Antithrombin (C)	<input type="checkbox"/> ELISA HIT-Typ 2-AK (C, S)	<input type="checkbox"/> Thromboexact (TE)
<input type="checkbox"/> Faktorenanalyse	<input type="checkbox"/> Protein S (C)	Medikamente	<input type="checkbox"/> Thrombozyten im Citratblut
<input type="checkbox"/> Fibrinogen koagulometr. (C)	<input type="checkbox"/> Protein C-Aktivität (C)	<input type="checkbox"/> Anti-Faktor Xa-Akt. (NMH) (C)	Entzündungsmarker
<input type="checkbox"/> Exogen (incl. Quick)	<input type="checkbox"/> Plasminogenaktivität (C)	<input type="checkbox"/> Fondaparinuxspiegel (C)	<input type="checkbox"/> CRP (S)
<input type="checkbox"/> Faktor II (C)	<input type="checkbox"/> Plasmininhibitor (C)	<input type="checkbox"/> Rivaroxabanspiegel (C)	<input type="checkbox"/> BSG (Senkung)
<input type="checkbox"/> Faktor V (C)	<input type="checkbox"/> Anti-Phosphol. (autoim.)	<input type="checkbox"/> Dabigatranspiegel (C)	Stoffwechselfparameter
<input type="checkbox"/> Faktor VII (C)	<input type="checkbox"/> Lupusantikoagulans (C)	<input type="checkbox"/> Vorphasenfaktoren	<input type="checkbox"/> Homocystein (E o. S)
<input type="checkbox"/> Faktor X (C)	<input type="checkbox"/> Anti-Cardiolipin-Ak (S)	<input type="checkbox"/> Präkallikrein (FXIV) (C)	<input type="checkbox"/> Lipoprotein (a) (S)
<input type="checkbox"/> Endogen (incl. PTT)	<input type="checkbox"/> Anti-B2-Glykop. I-AK (S) <i>nur wenn markiert</i>	<input type="checkbox"/> HMW-Kininogen (FXV) (C)	<input type="checkbox"/> Fette (S)
<input type="checkbox"/> Faktor VIII (C)	<input type="checkbox"/> Anti-Annexin-AK (S)		<input type="checkbox"/> HbA1c (E)
<input type="checkbox"/> Faktor IX (C)	<input type="checkbox"/> Anti-Prothrombin-AK (S)		Eisenstoffwechsel
<input type="checkbox"/> Faktor XI (C)			<input type="checkbox"/> Ferritin (S)
<input type="checkbox"/> Faktor XII (C)	<input type="checkbox"/> Genetik		<input type="checkbox"/> Transferrin (S)
<input type="checkbox"/> Faktor XIII (C) <i>nur wenn markiert</i>	<input type="checkbox"/> Faktor V-LEIDEN-Mut. R506Q (E)		<input type="checkbox"/> Transferrinsättigung (S)
<input type="checkbox"/> Fibrinogen immunolog. (C)	<input type="checkbox"/> Prothrombinmut. G20210A (E) <i>nur wenn markiert</i>		<input type="checkbox"/> Eisen (S)
<input type="checkbox"/> von Willebr.-Par. (incl. FVII)	<input type="checkbox"/> Fibrinogenrez. HPA 1a/1b (E)		Klinische Chemie
<input type="checkbox"/> vWF-Aktivität (C)	<input type="checkbox"/> Kollagenrez.-poly. C807T (E)		<input type="checkbox"/> GPT (S)
<input type="checkbox"/> vWF-Antigen (C)	<input type="checkbox"/> MTHFR C677T (E)		<input type="checkbox"/> GOT (S)
<input type="checkbox"/> vWF-CBA (C) <i>nur wenn markiert</i>			<input type="checkbox"/> γ-GT (S)
<input type="checkbox"/> vWF-Multimere (C)			<input type="checkbox"/> Bilirubin (S)
<input type="checkbox"/> Thrombo.-funkt. (incl. BB)			<input type="checkbox"/> Kreatinin (S)
<input type="checkbox"/> Aggregation Born (C)			<input type="checkbox"/> Harnstoff (S)
<input type="checkbox"/> Multiplate ADP HS (Hi)			<input type="checkbox"/> Harnsäure (S)
<input type="checkbox"/> Multiplate ASS (Hi)			<input type="checkbox"/> Folsäure (S)
<input type="checkbox"/> Multiplate Kollagen (Hi)			<input type="checkbox"/> Vitamin B12 (S)
<input type="checkbox"/> Durchflußzytometrie (C)			<input type="checkbox"/> Holo-TC (S)
<input type="checkbox"/> Thr.-Rezeptoren			<input type="checkbox"/> TSH (S)
<input type="checkbox"/> α-Granula			
<input type="checkbox"/> δ-Granula			
<input type="checkbox"/> lysosomale Granula			

Für genetische Untersuchungen bitte die unterschriebene und gegengezeichnete Einverständniserklärung der Patienten in Kopie oder Original beifügen. Danke. - Ggf. Formular unter www.gpkoeln.de herunterladen.

- (C) Citratblut
- (E) EDTA-Blut
- (S) Serum-/Nativblut
- (TE) ThromboExact
- (Hi) Hirudin

Weitere Angaben, zusätzliche Untersuchungen:
