

<b>Name, Vorname des Patienten:</b>			<b>Geburtsdatum:</b>		
<input type="checkbox"/> Männl.	<input type="checkbox"/> Weibl.	<input type="checkbox"/> SSW: _____	<b>Entnahmedatum:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>Entnahmezeit:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Klinische Angaben **Medikamente****

Heparin  
 Marcumar o.ä.  
 Plavix, Iscover, Zentiva (Clopidogrel)  
 Xarelto, Eliquis, Lixiana (Xa-Hemmer)  
 Pradaxa (IIa-Hemmer)  
 ASS  
 NSAR (z.B. Ibuprofen)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Klinische Angaben **Blutungsneigung****

Postoperative Blutung  
 Hämatomneigung  
 Menorrhagie / Hypermenorrhoe  
 Verzögerte Wundheilung  
 Familiäre Blutung  
 path. Gerinnungsstatus (z. B. PTT verl.)  
 Petechien  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Klinische Angaben **Thromboseneigung****

Venöse Thrombose  
 Arterielle Thrombose  
 Thrombose bei Verwandten 1. Grades  
 Aborte, Gestose, IUFT.  
 Tumorerkrankung  
 Rauchen  
 Immobilisation  
 Adipositas  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Blutungsneigung:**

- Abklärung Blutungsneigung..... 1xE, 1xS, 2xC, 1xPFA\*\*  
 (TPZ, aPTT, Fibrinogen, Einzelfaktoren, BB, CRP,  
 Willebrand-Diagnostik, Blutgruppe und weitere)
- Molekulardiagnostik\* ..... 1xE
- Gen-Panel Blutungsneigung\* (inkl. Fibrinogen, FVII, FX, FXI, FXIII, vWF)
- Einzelfaktoren-Genetik\*: \_\_\_\_\_

**Thromboseneigung:**

- Abklärung Thrombophilie\* ..... 2xE, 1xS, 2xC  
 (TPZ, aPTT, Fibrinogen, Homocystein, CRP, BB, D-Dimere,  
 Lipoprotein (a), Anti-Phospholipid-AK, Protein C, Protein S,  
 Protein Z, AT, F VIII, F-II- und F-V- Mutation\*)
- Anti-Phospholipid-Antikörper..... 1xC, 1xS  
 Molekulardiagnostik\*
- Gen-Panel Thrombophilie\* (inkl. Antithrombin, Fibrinogen, Prot. C, Prot. S, Prot. Z)
- Einzelfaktoren-Genetik\*: \_\_\_\_\_

**Anforderung Medikamenten-Monitoring:**

- Heparin (anti-Xa)  
 Medikament: \_\_\_\_\_ letzte Gabe: \_\_\_\_\_ ..... 1xC
- Apixaban (Eliquis)     Rivaroxaban (Xarelto) ..... 1xC
- Therapieüberwachung von Aggregationshemmern  
 Medikament: \_\_\_\_\_ ..... 1xPFA\*\*, 1xH\*\*
- ASS ..... 1xPFA\*\*
- Clopidogrel (z.B. Plavix, Iscover, Zentiva) ..... 1 x PFA\*\*

**Bemerkungen / sonstige  
Untersuchungen:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

<b>MATERIAL</b>	<b>C = Citrat 10 ml</b>	<b>E = EDTA 2,7 ml</b>	<b>S = Serum 7,5 ml</b>	<b>PFA** = PFA 3,8 ml</b>	<b>H** = Hirudin 1,6 ml</b>
<b>Farbe Sarstedt</b>	<b>Grün</b>	<b>Rot</b>	<b>Braun</b>	<b>Blau</b>	<b>Dunkelgrün</b>

\* Schriftliche Einwilligung des Patienten für genetische Untersuchung  
 bitte von Patient und Arzt unterschrieben beifügen (siehe 2. Seite)  
 \*\*Das Material muss spätestens drei Stunden nach Abnahme im Labor eintreffen

Indikationsbezogene molekulargenetische Voruntersuchungen  
(falls vorhanden):

Indexpatient (bei Familienabklärung):

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

### **Einverständniserklärung gem. Gendiagnostikgesetz zur Durchführung einer diagnostischen molekulargenetischen Untersuchung**

Ich erkläre mich einverstanden, dass aus dem mir / meinem Kind entnommenen Probenmaterial (Blutprobe) eine Untersuchung auf genetische Veränderungen (sog. Mutationen / Polymorphismen) erfolgen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich durch den anfordernden Arzt über das Wesen, die Aussagekraft und Tragweite in der geplanten Analytik aufgeklärt worden bin.

Ich stimme weiterhin zu, dass ein Teil dieses Probenmaterials aufbewahrt wird, um die entsprechenden Ergebnisse später überprüfen zu können. Das Probenmaterial (Blut, DNA) wird ausschließlich für diesen Zweck verwendet. Darüber hinaus gehende Untersuchungen sind nur nach einer erneuten Einwilligung zulässig. Das Untersuchungsmaterial wird max. sechs Monate aufbewahrt und dann vernichtet. Zugriff auf das Untersuchungsmaterial und alle Daten haben nur die behandelnden Ärzte und die Mitarbeiter des mit der Untersuchung beauftragten Labors im Rahmen ihrer dienstlichen Aufgaben. Hierzu zählen auch Qualitätssicherungsmaßnahmen und die anonymisierte wissenschaftliche Auswertung und Dokumentation des Probenmaterials und der Daten. Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte.

Meine sämtlichen Angaben sowie alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Um Befunde für spätere Rückfragen und für Qualitätskontrollen verfügbar zu machen, müssen diese Ergebnisse in Papierform sowie elektronisch verarbeitet und entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden.

Mein Einverständnis erfolgt freiwillig. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs wird das Untersuchungsmaterial vernichtet.

Ich möchte über die Untersuchungsergebnisse informiert werden. Auf Wunsch kann eine genetische Beratung wahrgenommen werden.

Die Untersuchungsergebnisse dürfen in schriftlicher Form (Arztbrief/Laborblatt) an meine mitbehandelnden Ärzte weitergegeben werden.

Ich habe den vorstehenden Text gelesen und verstanden. Alle Fragen wurden mir ausreichend beantwortet und eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt. Hiermit erkläre ich mein Einverständnis.

München, den .....

**Unterschrift:** .....  
Patient / gesetzl. Vertreter

.....  
Arzt: