

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein • Gerinnungszentrum • Campus Kiel • Arnold-Heller-Straße 3 • Haus 17 • 24105 Kiel

Gerinnungszentrum am Campus Kiel
Institut für Klinische Chemie
Prof. Dr. Ulrike Nowak-Göttl
Arnold Heller-Str. 3 (Haus 18 - Zentrallabor)

24105 Kiel

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein
Gerinnungszentrum
Prof. Dr. med. Ulrike Nowak-Göttl
Dr. med. Daniela Manner
Institut für Klinische Chemie

UK-SH/Campus Kiel
 Arnold-Heller-Straße 3 · Haus 17 · 24105 Kiel
 Tel.: 0431 597-3225 (Sekretariat)
 Fax: 0431 597-4053
 E-Mail: leagottl@uk-sh.de
 Internet: www.zentrallabor-kiel.uk-sh.de

In Kooperation mit dem

Medizinischen Versorgungszentrum Kiel
Im Ambulanzzentrum des UK-SH gGmbH
 Fachrichtung Laboratoriumsmedizin

Prof. Dr. med. Ralf Junker
 Laboratoriumsmedizin, Bluttransfusionswesen

Dr. med. Ina Sieg
 Laboratoriumsmedizin

Einsendeschein für Thrombophiliediagnostik

Einsenderdaten

Ansprechpartner

Telefon

Telefax

eMail-Adresse

Fax

Abteilung

Krankenhaus

Straße

Postleitzahl + Ort

Patientendaten

Name

Geburtsdatum

Ethische Gruppe

____ / ____
 Alter bei Thrombose (Jahre/Monate)

○ _____
 Akute Phase

○ 3-6 Monate nach Ereignis

Vorname

♀ weiblich
 ♂ männlich

Länge (cm)

Gewicht (Kg)

Blutdruck (mmHG)

Angehörige:
 Vater Mutter
 Schwester/Bruder
 Großeltern

Blutgruppe	Rhesusfaktor
<input type="radio"/> unbekannt	<input type="radio"/> unbekannt
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> negativ
<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B
<input type="radio"/> AB	<input type="radio"/> positiv



Akute Therapie

- UF-Heparin LMW-Heparin
- Streptokinase Urokinase
- Rt-PA

 Aspirin

_____ Dosis

_____ Dauer

_____ Bolus

_____ Erhaltung

_____ Dauer der Therapie

Studienpatient

- Ja Nein
- Schlaganfall Sinusvenen
- Hämophilie

Bisher diagnostizierter Hämostasedefekt

- unklar Prothrombin G20210A
- Factor V G1691A Lipoprotein (a)
- MTHFR TT677 Protein S
- Protein C Hyperhomocystinämie
- Antithrombin
- Lupus Anticoagulantien

Anticardiolipin Antikörper: _____

Sonstiges: _____

Sonstige Bemerkungen

Datum

Unterschrift

Bitte mit
Material und Überweisungsschein 10
(Angehörige und Nicht-Studienpatienten)
einsenden