

Patient (ggf. Patientenetikett)

Name  weiblich  
 männlich

Vorname

Straße Geburtsdatum

PLZ, Ort

Einsender (ggf. Stempel)

.....

.....

.....



Laboratoriumsmedizin Dortmund

Brauhausstraße 4  
 44137 Dortmund

Tel.: 0231 - 95 72 - 0  
 Fax: 0231 - 57 98 34

info@labmed.de  
 www.labmed.de

Rückfragen an

Name

Tel.-Nr.

Fax-Nr.

Mail

Probenmaterial

Datum/Uhrzeit

Blut/Vollblut

Citrat-Plasma [CP]

EDTA-Blut [E]

EDTA-Plasma [EP]

NaF-Blut [Na]

Serum [S]

Urin [U]

Morgenurin [UM]

sonst. Material/Anmerk.

Nur vom Labor auszufüllen

Auftragsnummer

Rechnung

Rechnung an Patienten/in

Anforderungsschein Thrombophilie-Diagnostik

Version 09/2019

Probenmaterial

**Benötigtes Material:** 4 x 3 ml Citrat-Plasma + 5ml Vollblut (komplette Analytik), bei Genanalysen/Thrombozytenzahl zusätzlich 2 ml EDTA-Blut  
 Probennahme (Datum/Uhrzeit) ..... schwanger, SSW ..... + .....  
 Aktuelle Therapie (Präparate) ..... Uhrzeit letzte Einnahme .....

Angeforderte Stufendiagnostik bei Verdacht auf Thrombophilie

- Lupus-Antikoagulanz
- Faktor VIII Aktivität
- APC-Resistenz, ggf. Faktor V Leiden Mutation
- Prothrombin (Faktor II) Mutation (20210 G/A)
- Protein C Aktivität
- ggf. Protein C Genanalyse
- Protein S, freies
- ggf. Protein S Genanalyse
- Antithrombin III Aktivität
- Antithrombin Cambridge II (A384S)
- Homocystein (Spezialröhrchen erforderlich!), ggf.
- Plasminogen-Aktivator-Inhibitor (PAI-1)
- CRP
- D-Dimere (Postversand: Plasma gefroren)
- sonstige gewünschte Untersuchungen:
- Cardiolipin-Antikörper
- Anti-Faktor Xa-Aktivität
- nur Faktor V Leiden Mutation
- MTHFR Genotyp (677 C/T Polymorphismus)
- Protein C Konzentration
- nur nach tel. Rücksprache
- Protein S, gesamt
- nur nach tel. Rücksprache
- Antithrombin III Konzentration
- ggf. Antithrombin Genanalyse
- nur nach tel. Rücksprache
- $\beta$ 2-Glykoprotein 1-Antikörper
- nur APC-Resistenz
- Protein S Aktivität
- nur nach tel. Rücksprache
- ETP (endogenes Thrombinpotential)
- Sticky Platelet Analyse (kein Versand möglich, 12ml Citratblut erforderl.)

Einverständniserklärung Patient/in (Ein ausführliches Formular zur Aufklärung inkl. Einwilligungserklärung gem. GenDG findet sich unter www.labmed.de.)

Ich wurde durch u.g. Ärztin/Arzt gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und (sofern gewünscht) humangenetisch beraten.  
 Ich willige in die genetische Diagnostik zur Abklärung einer Thrombophilie (erhöhtes Thrombose-Risiko) ein.

Ort, Datum Unterschrift **Patient/in** bzw. Name und Unterschrift gesetzl. Vertreter/in Name/Stempel, Unterschrift verantwortl. **Ärztin/Arzt**

Ersatzweise Erklärung der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes:

Patient/in (bzw. gesetzl. Vertreter) wurde gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und (sofern gewünscht) humangenetisch beraten.  
 Die schriftliche Einwilligung für die genetische Diagnostik zur Abklärung einer Thrombophilie liegt mir vor.

Ort, Datum Name/Stempel und Unterschrift verantwortl. **Ärztin/Arzt**