MVZ SONNEN-GESUNDHEITSZENTRUM GmbH

HÄMOSTASEOLOGIE, RHEUMATOLOGIE, ENDOKRINOLOGIE, HÄMATOLOGIE, TRANSFUSIONSMEDIZIN

Sonnenstraße 27
80331 München
Tel.: +49(0)89 18 94 666 - 0
Fax: +49(0)89 18 94 666 - 11
E-Mail: info@sogz.de
www.sogz.de

Name, Vorname des Patienten:					Geburtsdatum:	
□ Männl.	□ Weibl.	□ SSW: _____	Entnahmedatum:		Entnahmezeit:	

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:

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

* 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

_____

Name, Vorname, Geburtsdatum

_____

Patienten ID

Sonnen-Gesundheitszentrum GmbH
Sonnenstr. 27
80331 München

Indikation/Auftrag:

Indikationsbezogene molekulargenetische Voruntersuchungen *(falls vorhanden)*:

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 sowie mein Recht auf Nichtwissen 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 hinausgehende 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. Bei bestimmten genetischen Analysen kann eine Weiterleitung des Untersuchungsmaterials bzw. von Teilen davon an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor erforderlich sein.

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. Ich stimme der Aufbewahrung der Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus (ohne Anspruch) zu.

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 in Anspruch genommen werden.

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

In seltenen Fällen können Veränderungen festgestellt werden, die nicht im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Untersuchungsauftrag stehen, jedoch eine klinische (Behandlungs-) Konsequenz für Sie selbst oder Ihre Familienangehörige haben können (sog. Zufallsbefunde).

Über klinisch relevante Zufallsbefunde möchte ich informiert werden: ☐ ja

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

Ort, Datum: ……..

Unterschrift: …….. ……
Patient / gesetzl. Vertreter Arzt