



Patientendaten

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ	Ort
Telefon	
Mobil	
Fax	
Email	
Versicherung	

Überweisender Arzt / Einsender

Name des Krankenhauses / Praxis	
Station	
Straße	
PLZ	Ort
Telefon	
Fax	
Email	
anfordernder Arzt/anfordernde Ärztin	

Anamnese

Persönliche Angaben

Größe	m	Gewicht	kg	Raucher/-in: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Anzahl / Tag
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?				<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	SSW

Anlass der Untersuchung

Diagnosen

bisherige Therapien

Medikation



operative Eingriffe / aufgetretene Komplikationen

Profile

Benötigtes Material / Dokumente

Bitte die angegebene Abnahmereihenfolge beachten!

Abklärung Thrombophile Diathese

Einverständniserklärung humangenetische Untersuchung

9 ml Serum
2 x 2,7 ml EDTA
25 ml Citratblut

Abklärung Haemorrhagische Diathese

5 ml Serum
2,7 ml EDTA
20 ml Citratblut

Abklärung Thrombozytopenie, -pathie

9 ml Serum
2 x 2,7 ml EDTA
10 ml Citratblut

Abklärung habitueller Abort

Einverständniserklärung humangenetische Untersuchung

9 ml Serum
2 x 2,7 ml EDTA
25 ml Citratblut

Überwachung Risikoschwangerschaft

9 ml Serum
2 x 2,7 ml EDTA
25 ml Citratblut

Ort, Datum

Unterschrift anfordernder Arzt

Bitte melden Sie die Zusendung der Blutproben vorher telefonisch in unserem Labor an unter:

0203 319 601 90

Herzlichen Dank!

Zusätzliche Informationen und Formulare entnehmen Sie bitte dem Download-Bereich unserer Homepage zu den Themen:

- Einverständniserklärung zur humangenetischen Untersuchung
- Medikamentenplan
- Probengewinnung und Präanalytik