



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

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](http://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

Abteilung

Telefon

Krankenhaus

Telefax

Straße

eMail-Adresse

Postleitzahl + Ort

Fax

### Patientendaten

Name

Vorname

Geburtsdatum

- ♀ weiblich  
 ♂ männlich

Angehörige:

- Vater    Mutter  
 Schwester/Bruder  
 Großeltern

Ethnische Gruppe

Länge (cm)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Alter bei Thrombose (Jahre/Monate)

Gewicht (Kg)

\_\_\_\_\_  
Akute Phase

Blutgruppe

- unbekannt  
 0  
 A    B  
 AB

Rhesusfaktor

- unbekannt  
 negativ  
 positiv

3-6 Monate nach Ereignis

Blutdruck (mmHG)



**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