

Auftrag zur Thrombingeneration

Patient:
Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht,
Adresse (wenn Rechnungsempfänger)

Zentrum für Labormedizin

**Universitätsklinik für Hämatologie und
Hämatologisches Zentrallabor** STS 259

Spezialdiagnostik Hämostase

Fachverantwortung: Prof. Dr. med. J. Kremer Hovinga
Frau M. Reusser BMA HF

Auskunft: Tel. 031 / 632 33 15, haemostaselabor@insel.ch
www.zlm.insel.ch

Blutentnahmedatum: **Zeit:**

Materialannahme: Täglich (Montag-Freitag)
Antwortzeiten: ca. 1 Monat
Versandart: 2 x 1.5ml Citratplasma (2 x zentrifugiert bei 2500g 15 Minuten)
auf Trockeneis per Post / Eilpost / Kurier

Gewünschtes Profil:

- ThromboScreen (Thromboseneigung)
- BleedScreen (Blutungsneigung)
- DrugScreen (Monitoring von Antikoagulanzen)

Klinische Angaben/Fragestellung:

Muss für eine korrekte Befundung vollständig ausgefüllt sein:

- Orale Kontrazeption, Präparat: _____
- Vitamin K Antagonisten letzte Einnahmezeit vor BE: _____
- Direkte orale Antikoagulanzen, Präparat: _____ Dosis: _____
letzte Einnahmezeit vor BE: _____
- Sonstige (Z.b Hemlibra®): _____

| | | |
|--|--|--|
| Absender: bitte Stempel Spital: Abt: Ärztin/Arzt: Tel./Sucher: | Rechnungsadresse (bitte genaue Anschrift): <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> zuweisender Arzt/Spital <input type="checkbox"/> Andere: | Schriftliche Befundkopie an (bitte genaue Anschrift): |
| Extern: schriftlicher Befund per Post <input type="checkbox"/> Wünsche zusätzlich elektronischen Befund <input type="checkbox"/> Wünsche ausschliesslich elektronischen Befund | | Fax / E-Mail (nur HIN-geschützte Email-Adressen) |