

Personalien des Patienten	Stempel/Adresse des Einsenders
Name, Vorname: Geburtsdatum: Tel.-Nr. für Rückfragen:	<b>Befundmitteilung an:</b>
Privatpatient: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. Adresse des Patienten:	<b>Befundmitteilung an Fax-Nr.:</b>  Mit meiner Unterschrift auf der Anforderung bestätige ich, dass für alle auf das Faxgerät eingehenden Dokumente, die Datenschutzbestimmungen nach DSGVO eingehalten werden.

**Rechnungsadresse, falls abweichend von Befundadresse:**

<input type="checkbox"/>	<b>Verdacht auf Vakzin-induzierte immun thrombotische Thrombozytopenie:</b> - <b>6 ml Nativblut (Serum)!!</b> - <b>6 ml EDTA-Blut</b> - <b>6 ml Citrat-Blut</b> <b>Aus dem Blut werden folgende Untersuchungen durchgeführt:</b> Modifizierter HIPA-Test (PIPA)/HIT-Screening/HIPA-Test (Sollte eine Untersuchung nicht gewünscht sein, bitte angeben)
--------------------------	---

<b>Impfung</b>	<input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen-Cilag <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> andere: Chargennummer, wenn bekannt:
	<input type="checkbox"/> Erstimpfung <input type="checkbox"/> Zweitimpfung <input type="checkbox"/> Booster Impfung <b>Geimpft am:</b> <span style="float: right;"><b>Symptome seit:</b></span>
	Ein oder mehrere Symptome nach Impfung: <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Schüttelfrost <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> Grippe-ähnl. Symptome <input type="checkbox"/> Unwohlsein <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> aktuelle oder vorherige COVID-19 Infektion (PCR Test/Antikörper Screening/ Antigentest)
<b>Thrombose</b>	<input type="checkbox"/> ja, WO? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
<b>Blutungen</b>	<input type="checkbox"/> ja (Petechien/Hämatome/etc.), WO? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
<b>Medikamente VOR Thrombose</b>	<input type="checkbox"/> Östrogenhaltige Präparate (z.B. Pille) <input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Heparine (auch niedermolekulare H.)
<b>Antikoagulation</b>	<input type="checkbox"/> i.v. IgG <input type="checkbox"/> Heparine <input type="checkbox"/> DOAK, welches: <input type="checkbox"/> Vit. K Antagonisten <input type="checkbox"/> Andere:
<b>Thrombozyten</b>	Thrombozytenwert BEI Aufnahme: <span style="float: right;">Gpt/L</span> Niedrigster Thrombozytenwert seit Aufnahme: <span style="float: right;">Gpt/L</span> Bekannte Thrombozytopenie (ja/nein) HIT Screening Test, welcher: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Blutproben können täglich mit der Post eingesandt werden, Transportdauer innerhalb Deutschlands nach Greifswald 24 Stunden (normale Post). Bitte beachten, dass die Sendung nicht in der Poststelle des Einsenders liegen bleibt. Fax: 03834 86 5547