Thrombozytenlabor
Institut für Transfusionsmedizin
Leiter: Prof. Dr. med. T. Thiele

F.-Sauerbruch-Str.
17475 Greifswald
Tel.: 03834/865475

THROMBOZYTENLABOR GREIFSWALD

Universitätsmedizin GREIFSWALD

Personalien des Patienten	**Stempel/Adresse des Einsenders**
Name, Vorname: Geburtsdatum: Klinik/Station: Kostenträger:	**Befundadresse:** **Mitteilung des Kurzbefundes an Fax-Nr:**
Rechnungsadresse:	Auftrags-Nr.: (bitte frei lassen)

Privatpatient ☐ ja ☐ nein ggf. Adresse des Patienten:

Abklärung angeborener Thrombozyten-Erkrankungen

Material: 5 ml EDTA-Blut und 12 ungefärbte Ausstriche + optional 2 gefärbte Ausstriche

Entnahmedatum: _____

Thrombozytenzahl _____ War die Thrombozytenzahl jemals normal? ☐ ja ☐ nein

Besteht der Verdacht auf eine ☐ angeborene Thrombozytopenie?
☐ erworbene Thrombozytopenie?
☐ unklar

Blutungsneigung ☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden

Kurze Symptombeschreibung: _____

_____

Weitere Erkrankungen ☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden

Kurze Beschreibung: _____

_____

_____

Ethnische Herkunft des Patienten: _____

Wenn die Familienanamnese positiv ist

Stammbaumskizze (bei Bedarf Extrablatt einfügen):

Bekannte Mutation/Erkrankung? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass für alle auf das Faxgerät eingehenden Dokumente die Datenschutz-bestimmungen nach DSVGO einhalten werden. Es gelten unsere Allgemeinen Bedingungen für Laborleistungen (abrufbar auf der Homepage https://www.medizin.uni-greifswald.de/de/home/ oder auf Anfrage).

Ort, Datum, Stempel

Unterschrift des Arztes
Telefon für Rückfragen:

Blutproben können täglich eingesandt werden. Laborarbeitszeiten: Mo-Fr. 07.00 -15.30 Uhr

Beratung in Notfällen: Tel.: 03834 86 5475 (7.00-15.30 Uhr), außerhalb der regulären Dienstzeit unter 03834 86 19368.
Fax: 03834 86 5547 thrombolab@med.uni-greifswald.de