

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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. Adresse des Patienten:	
<input type="checkbox"/> Thrombozytenspezifische Antikörper	
Wichtige anamnestische Informationen: <ul style="list-style-type: none">• Grunderkrankungen: _____• Aktuelle Therapie: <input type="checkbox"/> i.v.IgG <input type="checkbox"/> GPIIb/IIIa-Antagonisten: _____• Erhielt der Patient Bluttransfusionen in den letzten Wochen? <input type="checkbox"/> ja, (Datum letzte Transfusion: _____) <input type="checkbox"/> nein• Schwangerschaften oder Fehlgeburten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
PLT: _____ GPT/L	
<input type="checkbox"/> Immunthrombozytopenie (ITP)	15 ml EDTA-Blut und 5 ml Nativblut
<input type="checkbox"/> Refraktärzustand nach Thrombozytentransfusion	5 ml EDTA-Blut und 10 ml Nativblut
<input type="checkbox"/> Posttransfusionelle purpura (PTP)	5 ml EDTA-Blut und 10 ml Nativblut
<input type="checkbox"/> Neonatale Alloimmune Thrombozytopenie (NAIT)	Vater: 20 ml EDTA -Blut (obligat) Mutter: 10 ml Nativblut + 20 ml EDTA-Blut Kind: optional: 1 ml EDTA – Blut (Nabelschnurblut ist auch möglich)
<input type="checkbox"/> Medikament-induzierte Immunthrombozytopenie	
15 ml EDTA-Blut und 5 ml Nativblut	
PLT: _____ GPT/L	
Bitte 3 Tabletten der verdächtigten Medikamente (mind. 30 mg) bzw. Ampullen mitschicken.	
Bitte alle Medikamente angeben, die 14 Tage vor Auftreten der Thrombozytopenie begonnen wurden:	

Wiederanstieg der Thrombozyten nach Absetzen des Medikamentes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass für alle auf das Faxgerät eingehenden Dokumente die Datenschutz-bestimmungen nach DSGVO 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