

Personalien des Patienten	Stempel/Adresse des Einsenders
Name, Vorname: Geburtsdatum: Klinik/Station: Behandelnder Arzt:                      Kostenträger: Tel:    Fax:	<b>Befundadresse:</b>  
Privatpatient: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ggf. Adresse des Patienten:	<b>Rechnungsadresse:</b>  

**Mitteilung des Kurzbefundes an Fax-Nr:**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass für alle auf das Faxgerät eingehenden Dokumente, die Datenschutzbestimmungen nach DSGVO eingehalten werden.

Ort, Datum:  
 Unterschrift:

<input type="checkbox"/>	<b>Verdacht auf Impfstoff-assoziierte Immunthrombozytopenie:</b> - <b>6 ml Nativblut (Serum)!!</b> - <b>6 ml EDTA-Blut</b> - <b>6 ml Citrat</b>  <p style="text-align: right;"><b>Aus dem Blut werden folgende Untersuchungen durchgeführt:</b>                  Modifizierter HIPA-Test (PIPA) / HIT-Screening Test (PF4/Heparin ELISA) / HIPA-Test                  (Sollte eine Untersuchung nicht gewünscht sein, bitte angeben)</p>
--------------------------	---

<b>Impfung</b>	<input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Anderer:
	Chargennummer, wenn bekannt: Geimpft am: <input type="checkbox"/> Erst –/ <input type="checkbox"/> Zweitimpfung
	Ein oder mehrere Symptome innerhalb 48 h 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:
<b>Symptome seit</b>	
<b>Thrombose</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    WO?
<b>Blutungen</b>	<input type="checkbox"/> ja (Petechien/Hämatome/etc.) <input type="checkbox"/> nein    WO?
<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:    Gpt/L Niedrigster Thrombozytenwert seit Aufnahme:    Gpt/L 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

Ort, Datum, Stempel.

Unterschrift des Arztes