



Gruppe I Ihre persönlichen Angaben

Geburtsdatum .

Körpergröße (cm) Geschlecht männlich weiblich

Körpergewicht (kg)

Gruppe II Ihre persönlichen Risikofaktoren

Sind Sie Raucher? Ja Nein Zigaretten pro Tag?

Sind Sie schwanger? Ja, welche Woche? z.Zt. Bettlägrig? Ja Nein

Nehmen Sie die Pille? Ja, welche? Nein

Nehmen Sie Hormone ein? Ja, welche? Nein

Leiden Sie unter Krampfadern? Ja Nein

Haben Sie bereits eine Thrombose erlitten? Ja Nein Wie oft?

Leiden Sie unter bösartigen Erkrankungen (z.B. Tumor)? Ja Nein

Wenn Ja, welche?

Seit wann? Stadium?

Sind Sie z.Zt. in Behandlung mit einer Chemotherapie? Ja Nein

Leiden Sie unter Lupuserkrankung?* Ja Nein

Leiden Sie an Diabetes mellitus?* Ja Nein

Leiden Sie an Herzinsuffizienz? Ja Nein

Gruppe III Ihre persönlichen Schutzfaktoren

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja, wie oft pro Woche? Nein

Sind Sie z.Zt. in Thrombosetherapie mit Heparin-Präparaten?* Ja Nein

Sind Sie z.Zt. in Thrombosetherapie mit Marcumar-Präparaten?* Ja Nein

Tragen Sie Kompressionsstrümpfe? Ja Nein

*Bitte beachten Sie hierzu die umseitigen Hinweise und Begriffserklärungen.

Gruppe IV Ihre familiäre Risikobelastung

Wie viele Verwandte 1. Grades haben/hatten Sie (Eltern, Geschwister, Kinder)?

Wie viele Verwandte 2. Grades haben/hatten Sie (Großeltern, Enkel)?

Hatten diese Verwandten jemals Thrombosen / Lungenembolien?* Ja Nein

Wie viele Thrombosen / Lungenembolien haben sich zugetragen?

Wie viele davon haben sich vor dem 50. Lebensjahr zugetragen?

Wie viele der Erkrankten leiden / litten gleichzeitig unter Diabetes mellitus?*

Gruppe V Ihre Risikofaktoren im Blut

Blutgruppe	<input type="text"/>	PAI-1-675(4G)	<input type="text"/>	Protein C	<input type="text"/>
FV Leiden	<input type="text"/>	MTHFR C677T	<input type="text"/>	Protein S	<input type="text"/>
FV Ferrara	<input type="text"/>	F VIII	<input type="text"/>	Antithrombin	<input type="text"/>
FII G20210A	<input type="text"/>	D-Dimere	<input type="text"/>	Homocystein	<input type="text"/>

Sollten Sie Fragen zu den Angaben der Gruppe V haben, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt oder direkt an die Arbeitsgemeinschaft Transfusionsmedizinisches Zentrum Bayreuth - TZB - (SIMFO GmbH & Laborpraxis Dr. Pachmann). Eine Bestimmung dieser Faktoren kann zeitnah von Ihrem Arzt veranlasst werden und so die Präzision Ihres persönlichen **thrombotrac[®]** Gutachtens erhöhen. Ihre Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Vorname	Stempel des behandelnden Arztes
Nachname	
Strasse	
PLZ/Ort	
Telefon	
e-mail	

Hiermit erteile ich Ihnen den Auftrag zur Berechnung meines Thromboserisikos mittels **thrombotrac[®]** und zur Erstellung meines persönlichen **thrombotrac[®]** Gutachtens.

Erklärung:
nach dem GenDiagnostik-Gesetz: Ich wurde über Zweck, Art und Umfang der Thrombophilie-Faktoren aufgeklärt und wünsche deren Bestimmung. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen. Das Labor Dr. Pachmann darf meine Ergebnisse nur an mich persönlich und an meinen überweisenden Arzt herausgeben. Nur nach Rücksprache mit Einverständnis von mir persönlich dürfen meine Untersuchungsergebnisse auch an andere mich behandelnde Ärzte weitergeleitet werden. Das Probenmaterial soll nicht länger als hierfür erforderlich aufbewahrt werden.

Ort, Datum / **Unterschrift**