



| Gruppe I Ihre persönlichen Angaben | |
|------------------------------------|---|
| Geburtsdatum | <input type="text"/> |
| Körpergröße (cm) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Körpergewicht (kg) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |

| Gruppe II Ihre persönlichen Risikofaktoren | |
|--|--|
| Sind Sie Raucher? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Zigaretten pro Tag? | <input type="text"/> |
| Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> Ja, welche Woche? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> z.Zt. Bettlägrig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie die Pille? | <input type="checkbox"/> Ja, welche? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie Hormone ein? | <input type="checkbox"/> Ja, welche? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Krampfadern? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie bereits eine Thrombose erlitten? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wie oft? | <input type="text"/> |
| Leiden Sie unter bösartigen Erkrankungen (z.B. Tumor)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn Ja, welche? | <input type="text"/> |
| Seit wann? | <input type="text"/> |
| Stadium? | <input type="text"/> |
| Sind Sie z.Zt. in Behandlung mit einer Chemotherapie? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Lupuserkrankung?* | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie an Diabetes mellitus?* | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie an Herzinsuffizienz? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

| Gruppe III Ihre persönlichen Schutzfaktoren | |
|---|--|
| Treiben Sie regelmäßig Sport? | <input type="checkbox"/> Ja, wie oft pro Woche? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie z.Zt. in Thrombosetherapie mit Heparin-Präparaten?* | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie z.Zt. in Thrombosetherapie mit Marcumar-Präparaten?* | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Tragen Sie Kompressionsstrümpfe? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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)? | <input type="text"/> |
| Wie viele Verwandte 2. Grades haben/hatten Sie (Großeltern, Enkel)? | <input type="text"/> |
| Hatten diese Verwandten jemals Thrombosen / Lungenembolien?* | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wie viele Thrombosen / Lungenembolien haben sich zugetragen? | <input type="text"/> |
| Wie viele davon haben sich vor dem 50. Lebensjahr zugetragen? | <input type="text"/> |
| Wie viele der Erkrankten leiden / litten gleichzeitig unter Diabetes mellitus?* | <input type="text"/> |

| 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 Thrombosorisikos 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



Spezielle Immunhämatologie und Gendiagnostik



| | | | |
|------------------|-----------------|----------|--|
| Einsender | Stempel erbeten | 65/72501 | Dr. med. Ulrich Pachmann Arzt für Transfusionsmedizin |
| | | | Kurpromenade 2, 95448 Bayreuth Tel.: 0921 / 85 02 01 - Fax: 0921 / 85 02 03 e-mail: TZB.info@t-online.de; Website: www.laborpachmann.de Proben-Annahme: Mo. - Fr. 8 - 18 Uhr, Sa. 10 - 12 Uhr Sprechstunden: Di. u. Do. 10 - 11 Uhr u. nach Vereinbarung |



| | | | |
|----------------|--|--------------|--|
| Patient | Name <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum | Privat versichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Vorname | | wenn "ja", bitte Adresse: |

| | | |
|-----------------|--|--|
| Anamnese | <u>Diagnose/Fragestellung:</u> | <u>Befund vom:</u> |
| | <u>Therapie/Medikation:</u> | Leukozyten _____ Thrombozyten _____ Erythrozyten _____ Lymphozyten _____ |
| | <u>Besondere Hinweise</u> z.B. Transfusionsunverträglichkeiten: | <u>Transfusionen:</u> ja, zuletzt am: _____ Thrombozyten: _____ Erythrozyten: _____ Frischplasma: _____ |
| | | <small>Blutentname Datum, Uhrzeit</small> |

| | | |
|--|--|---|
| Untersuchungen | Thrombozyten | Blutungsneigung |
| | <input type="checkbox"/> Heparin-induzierte Thrombozytopenie (HIT) ☆ (1+2) | <input type="checkbox"/> Abklärung Blutungsneigung (Rspr.) (1+2+2x4+8) |
| | <input type="checkbox"/> HIT incl. Fondaparinux/Pentasaccharid ☆ (1+2) | <input type="checkbox"/> Hemmkörper für Gerinnungsfaktor Nr.: _____ (Rspr.) (4) |
| | <input type="checkbox"/> Abklärung Thrombozytopenie (ITP, M. Werlhof) (1+5) | <input type="checkbox"/> von Willebrand-Faktor incl. Multimeranalyse (4) |
| | <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie des Neugeborenen (NAIT) ☆ (3+12) | <input type="checkbox"/> ADAMTS 13 Auto-Antikörper (9) |
| | <input type="checkbox"/> Medikament-induzierte Thrombozytopenie (1+5+6) | <input type="checkbox"/> ADAMTS 13 Aktivität (9) |
| | <input type="checkbox"/> Transfusionskompliation (2+6) | <input type="checkbox"/> Kollagen-Bindungsaktivität (4) |
| | <input type="checkbox"/> Thrombozyten-Verträglichkeitsprobe ☆ (2+6) | <input type="checkbox"/> Faktor-VIII-Bindungskapazität (9) |
| | <input type="checkbox"/> Thrombozytopathie (2+4) | Thrombosegefahr (thrombotrac® Fragebogen rücks. bitte ausfüllen) |
| | <input type="checkbox"/> erworbene (plasmatische Inhibitoren) (4) | <input type="checkbox"/> ASS-Resistenz (innen 2 ½ Std im Labor) ☆ (2+4) |
| <input type="checkbox"/> angeborene (Glanzmann, Bernard-Soulier) ☆ (2) | <input type="checkbox"/> Abklärung Thromboserisiko bei Schwangerschaft (1+2+4+8+11) | |
| <input type="checkbox"/> in vitro-Arteriolenverschußzeit (innen 2 ½ Std im Labor) ☆ (10) | <input type="checkbox"/> Abklärung Thromboserisiko allgemein (1+2+4+8+11) | |
| <input type="checkbox"/> Humane Plättchen-Antigene (HPA-Typisierung) (2+11) | <input type="checkbox"/> Thrombophilie-Gene (7 Hauptrisiken) (2+11) | |
| Erythrozyten | <input type="checkbox"/> Faktor V Leiden (Faktor V G1691A) (2+11) | |
| <input type="checkbox"/> M. haemolyticus neonatorum ☆ (3) | <input type="checkbox"/> Faktor V HR2 Haplotyp (Faktor V Ferrara) (2+11) | |
| <input type="checkbox"/> Abklärung Hämolyse (1+2) | <input type="checkbox"/> Faktor II G20210A (Prothrombin-Expression) (2+11) | |
| <input type="checkbox"/> Medikament-induzierte Immuhämolyse ☆ (1+2+6) | <input type="checkbox"/> HPA 1b (Fibrinogenrezeptor) (2+11) | |
| <input type="checkbox"/> Transfusionskompliation (Rspr.) (2+6) | <input type="checkbox"/> GP Ia C807T (Kollagenrezeptor-Expression) (2+11) | |
| <input type="checkbox"/> Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (2) | <input type="checkbox"/> MTHFR C677T (Endothelrisiko) (2+11) | |
| <input type="checkbox"/> (PNH, zyklische Hämolyse) | <input type="checkbox"/> PAI-1 -675 4G (Fibrinolyse-Retard.) (2+11) | |
| <input type="checkbox"/> biphasische (Donath-Landsteiner-) Kälteantikörper (Rspr.) (1+2) | Lupus | |
| Leukozyten | <input type="checkbox"/> Abklärung Antiphospholipid-Syndrom (4) | |
| <input type="checkbox"/> Immun-Leukozytopenie (1+2) | maintrac® (bitte speziellen Untersuchungsantrag anfordern) | |
| <input type="checkbox"/> Medikament-induzierte Leukozytopenie (Rspr.) (1+2+6) | <input type="checkbox"/> maintrac® zirkulierende Tumorzellen, quantitativ, bei (2) | |
| <input type="checkbox"/> Transfusions-assoziierte Lungeninsuffizienz (TRALI) (7) | <input type="checkbox"/> Mamma-Karzinom <input type="checkbox"/> Sarkom | |
| <input type="checkbox"/> Immunstatus (B, T, T _H , T _S , NK-Zellen) ☆ (2) | <input type="checkbox"/> Prostata-Karzinom <input type="checkbox"/> Sonstigen Tumoren: | |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> Bronchial-Karzinom _____ | |
| | <input type="checkbox"/> Darm-Karzinom _____ | |
| | <input type="checkbox"/> Melanom <input type="checkbox"/> Tumor unbekannter Herkunft | |
| Untersuchungsmaterial: | zusätzlich auf maintrac®-Zellen | |
| (1) 4ml Serum (2) 5ml EDTA-Blut (3) 2ml EDTA-Blut des Neugeborenen und je 6 ml von Mutter und Vater (4) 5ml Citratblut (5) 20ml EDTA-Blut (6) 5ml Urin u. Medikament-Proben (je 1 Tagesdosis) bzw. Konservenbeutel (7) 4ml Serum u. 5ml EDTA-Blut von Spender u. Empfänger (8) Homocystein-Röhrchen (9) 2ml Citratplasma gefroren (10) PFA-Röhrchen innerh. 2h im Labor (11) Eiverständniserklärung erforderlich, s. Rückts. (12) separate Einverständniserklärung, bitte anf. | <input type="checkbox"/> Her2/neu-Amplifikation (FISH), quantitativ | |
| Index: a arterielles Embolierisiko v venöses Thromboserisiko | <input type="checkbox"/> Apoptose-Nachweis (TUNEL) | |
| m Metastasierungsrisiko | <input type="checkbox"/> Anti-Tumorzell-Antikörper | |
| Rspr. Rücksprache erbeten unter Tel. 0921 / 850 201 | <input type="checkbox"/> Ki67 (Wachstumsfraktion) und Zellzyklusanalyse | |
| ☆ Probenbearbeitung am selben Arbeitstag bei Probeneingang Mo - Fr bis 14 Uhr und Sa bis 12 Uhr | <input type="checkbox"/> Rezeptoren auf zirkulierenden Tumorzellen | |
| | <input type="checkbox"/> Östrogen <input type="checkbox"/> c-kit (Stammzellfaktor) <input type="checkbox"/> Androgen | |
| | <input type="checkbox"/> Progesteron <input type="checkbox"/> Epidermaler Wachstumsfaktor (EGF) | |
| | <input type="checkbox"/> Tumorstammzellen | |
| | <input type="checkbox"/> Cytochemosensitivität | |
| | <input type="checkbox"/> EGFR-Amplifikation (FISH), quantitativ | |
| | <input type="checkbox"/> Single Cell-Isolierung | |

| | | | |
|---------------------|--|--------------|---|
| Anford. Arzt | Unterschrift/Hdz: | Datum: | bitte zusenden: |
| | Name | Telefon: | Untersuchungsanträge für: |
| | <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Dr. | Telefax: | <input type="checkbox"/> Labor <input type="checkbox"/> Maintrac |
| | | Anmerkungen: | Information zu: |