

Hämatologie

Name		☐ W ☐ M
Vorname		Geburtsdatum
Strasse, Nr.		
PLZ	Ort	
Telefon	Ihre Referenznummer	
E-Mail		
c/o (gesetzlicher Vertreter)		

Entnahmedatum	Uhrzeit	Grösse (cm)	☐ Schwangerschaft
Visum Blutentnahme		Gewicht (kg)	SSW Tag

Grund der Aufnahme ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Prävention ☐ Schwangerschaft

Klinische Angaben / Fragestellung

Auftraggeber

Befund

☐ Notfall ☐ Tel. Bericht ☐ Teilbefund ☐ Beurteilung
☐ Befundkopie an Patient
☐ Befundkopie an andere:

Rechnung

☐ Krankenkasse ☐ Patient ☐ Auftraggeber ☐ Andere
 Versicherung:

Versichertennummer (bei IV: Verfügungsnummer und AHV):

Weitere Angaben:

Material

S Trenngel-Serum **CP** Citrat-Plasma (1:10) **EPu** EDTA-Punktat
EV EDTA-Vollblut **NS** Nativ-Serum (ohne Gel) **CV** Citrat-Vollblut (1:10) **Pu** Punktat nativ

☐ richtig
☒ falsch

 Telefonisch anmelden

Hämatologie

Blutbild

EV ☐ Kleines Blutbild (Hämatogramm II)
EV ☐ Grosses Blutbild (Hämatogramm V)
EV ☐ Retikulozyten
EV ☐ Differentialblutbild (mikroskopisch)

Fragestellung: _____

EV ☐ Pseudothrombozytopenie °
CV ☐ Malaria Erreger-Nachweis ° 

Hämoglobinopathien

EV ☐ **Hämoglobinopathie Screening**
S Kleines Blutbild, Retikulozyten, Ferritin, CRP, Hb-Chromatographie °

Ethnische Herkunft: _____

Erythrozytenenzymdefekte

EV ☐ Pyruvatkinase °
EV ☐ Glucose-6-Phosphatdehydrogenase °

Immunhämatologie

EV ☐ Blutgruppe / Rhesusfaktor °
☐ Blutgruppenkarte an Patienten
☐ Blutgruppenkarte an Praxis
EV ☐ Antikörper-Suchtest °
 Anti-D-Prophylaxe:
☐ Nein
☐ Ja, Datum: _____
EV ☐ Coombs direkt °

Wichtig: Die Probe muss vollständig mit Namen, Vornamen und Geburtsdatum beschriftet sein.

Lymphozyten-Subpopulationen

EV ☐ T-, B-, NK-Zellen °
 (CD3, CD4, CD8, CD19, CD56)
EV ☐ T-Zellen °
 (CD3, CD4, CD4/CD8-Ratio)
EV ☐ B-Zellen °
 (CD19)

Punktat

EPu ☐ Zellzahl im Punktat °
 Herkunft Punktat: _____
Pu ☐ Kristalle im Gelenkpunktat °

Gerinnung

Routinegerinnung

CP ☐ **Gerinnungsstatus**
 Quick/INR, aPTT, Thrombinzeit, Fibrinogen
CP ☐ Quick/INR
CP ☐ aPTT
CP ☐ Thrombinzeit
CP ☐ Fibrinogen, nach Clauss
CP ☐ D-Dimere

Antikoaguliert: ja: ☐ nein: ☐

Antikoagulant: _____

Antikoagulantien

Anti-Xa-Aktivität

CP ☐ UFH
CP ☐ LMWH °
CP ☐ Apixaban °
CP ☐ Dabigatran °
CP ☐ Edoxaban °
CP ☐ Rivaroxaban °

Antikoagulantien-Spiegel

NS ☐ Dabigatran (Pradaxa) °
NS ☐ Rivaroxaban (u.a. Xarelto) °

Gerinnungsfaktoren

CP ☐ Faktor II °
CP ☐ Faktor V °
CP ☐ Faktor VII °
CP ☐ Faktor VIII °
CP ☐ Faktor IX °
CP ☐ Faktor X °
CP ☐ Faktor XI °
CP ☐ Faktor XII °
CP ☐ Faktor XIII funktionell °

Gerinnungsinhibitoren

CP ☐ Antithrombin-III-Aktivität °
CP ☐ APC-Resistenz °
CP ☐ Protein C Antigen °
CP ☐ Protein C funktionell °
CP ☐ Protein S frei Antigen °
CP ☐ Protein S funktionell °
CP ☐ Protein S total Antigen °

Genetik

EV ☐ Faktor-V-Leiden-Mutation (G1691A) °
EV ☐ Prothrombin-Mutation (G20210A) °

Wichtig: Für die Durchführung von genetischen Untersuchungen ist eine Aufklärung und unterschriebene Einverständniserklärung der untersuchten Person erforderlich.

Thrombophilie

Antiphospholipid-Syndrom Screening

S Lupus Antikoagulans °, anti-Cardiolipin IgM und IgG °, anti-Beta-2-Glykoprotein I IgM und IgG °

Thrombophilie Screening

S Kleines Blutbild, CRP, Homocystein, Gerinnungsstatus, D-Dimere, Lupus Antikoagulans °, anti-Cardiolipin IgM und IgG °, anti-Beta-2-Glykoprotein I IgM und IgG °, APC-Resistenz °, Antithrombin-III-Aktivität °, Protein C funktionell °, Protein S frei Antigen °
Bitte mindestens 3 Citrat-Röhrchen einsenden!

Thrombophilie Screening inkl. Genetik

S Thrombophilie Screening inkl. Faktor-V-Leiden-Mutation (G1691A) ° und Prothrombin-Mutation (G20210A) °
EV *Bitte mindestens 3 Citrat-Röhrchen und 2 EDTA-Röhrchen einsenden!*

Blutungsneigung

Von-Willebrand-Syndrom

CP Von-Willebrand-Faktor Antigen °, Von-Willebrand-Faktor funktionell °

Blutungsneigung Screening

CP Kleines Blutbild, Gerinnungsstatus, Von-Willebrand-Faktor Antigen und funktionell °, Faktor VIII °, Faktor IX °, Faktor XIII funktionell °
EV *Bitte mindestens 3 Citrat-Röhrchen einsenden!*