

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE GENETIK
UND MOLEKULARE MEDIZIN**
Praxisgemeinschaft Dres. Alexander & Helena Jung
Paul-Schallück-Str. 8 50939 K ö l n (Sülz)
Tel. 0221/942013-0 Fax 0221/94201331
Email: drjung@online.de

Einsender (Stempel)

Privatpatient → Rechnung an Patient	○
Privatpatient → Rechnung an Einsender	○
stationärer Patient..... → Rechnung an Pflegekostenabteilung	○
amb. Kassenpatient → Überweisung mitsenden	○

Anforderung Thrombophilie-Diagnostik

<u>Biochemie / Immunologie</u>	
Fibrinolytisches System <input type="radio"/> Antithrombin III (AT III) ^(C) <input type="radio"/> Protein C – Aktivität ^(C) <input type="radio"/> Protein S – Aktivität ^(C) <input type="radio"/> Fibrinogen ^(C) <input type="radio"/> D-Dimere (Fibrinogen-Spaltprodukte) ^(C) <input type="radio"/> Faktor VIII – Hyperreaktivität ^(C)	Antiphospholipid-Syndrom (APS) <input type="radio"/> Anti-Cardiolipin- / β_2 -Glycoprotein-Ak (ACLA) ^(S) <input type="radio"/> Anti-Phosphatidylserin-IgG-Ak (APA) ^(S) <input type="radio"/> Lupus Antikoagulans (LA) ^(C) <i>Bitte beachten: Die Probe sollte zur Untersuchung von Lupus-Antikoagulans möglichst frisch sein oder es sollte gut abgetrennetes Plasma (2malige Zentrifugation) eingesandt werden</i> <input type="radio"/> Sonstiges:
<u>Wichtiger Hinweis zum Untersuchungsmaterial</u>	
Für die folgenden Untersuchungen benötigen wir jeweils	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protein C– und/oder Protein S-Aktivität (1 volles, kleines Citratröhrchen) ➤ Lupus Antikoagulans (LA) (1 volles, kleines Citratröhrchen) ➤ Faktor VIII – Hyperreaktivität (1 volles, kleines Citratröhrchen) 	
+ ein weiteres Citratröhrchen für die übrigen Untersuchungen	
<u>Molekulargenetik</u>	
<input type="radio"/> Genetisches Risikoprofil (Screening / Punktmutation / SNP): <input type="radio"/> Faktor II / Prothrombin-Mutation 20210G/A ^(E) <input type="radio"/> Faktor V – Leiden (Q506-Mutation) ^(E) <input type="radio"/> Faktor V – Cambridge (Arg 306 Thr-Mutation) ^(E) <input type="radio"/> Faktor V – R2-Allel A4070G ^(E) <input type="radio"/> MTHFR – Variante C677T ^(E) <input type="radio"/> Plasminogen-Aktivator-Inhibitor Typ I (PAI-1 4G/5G) ^(E)	
Weiterführende Abklärung / Sequenzanalyse: (bei auffälligem Screening-Test)	
<input type="radio"/> Antithrombin III (AT III) ^(E) <input type="radio"/> Protein C ^(E) <input type="radio"/> Protein S ^(E)	
<u>Sonstiges</u>	
- Datum -	- anfordernder Arzt (Name in Druckschrift) -
- Unterschrift des anfordernden Arztes -	

Materialabkürzungen: (C) Citratblut, (E) EDTA-Blut, (S) Serum