

Kerckhoff-Klinik
Gerinnungsambulanz
Benekestr. 2-8

61231 Bad Nauheim

Tel.: 06032-996-2746

Fax.: 06032-996-2722

Patientenetikett

Zielauftrag für Einzeluntersuchungen
Bitte gewünschte Untersuchung ankreuzen

Globaltests

- 1 Citrat-Monovette
- TPZ (Quick)
- APTT

Aktivierungsparameter

- 1 Citrat-Monovette
- D-Dimer

Monitoring

- 1 Citrat-Monovette
- anti-FXa-Einheiten
- ECT (Argatroban-/Dabigatran-Spiegel)

Einzelfaktoren

- 2 Citrat-Monovetten
- Fibrinogen
- FVII
- FVIII
- FIX
- FX
- FXI
- FXII
- FXIII

Thrombozytenfunktion

- 2 Hirudin- oder 2 Citrat-Monovetten, per Bote
- ADP-ind. Aggregation
- Collagen-ind. Aggregation
- Ristocetin-ind. Aggregation
- Arachidon-ind. Aggregation
- TRAP-ind. Aggregation

von Willebrand-Parameter

- 2 Citrat-Monovetten
- vWF-Antigen
- Ristocetin-Cofaktor

Inhibitoren der plasmatischen Gerinnung

- 1 Citrat-Monovette
- Antithrombin
- Protein C
- Protein S

Fibrinolyse

- 1 Citrat-Monovette
- Plasminogen

APC-Resistenz

- 1 Citrat-Monovette
- 1 EDTA-Monovette
- Funktioneller Test
- Molekulargen. Untersuchung (FV R506 Q)

Hyperhomocysteinämie

- 2ml zentrifugierte und abpipettiertes Citratplasma
- 1 EDTA-Monovette
- Homocystein
- MTHFR-t-Polymorphismus

Hämochromatose

- 1 EDTA-Monovette
- Polymorphismus im HLA-H-Gen

Molekulare Risikofaktoren der Thrombophilie

- 1 EDTA-Monovette
- Prothrombinpolymorphismus (G20210A)
- JAK-2

Lupus antikoagulans

- 1 Citrat-Monovette
- 1 Serum-Monovette
- RVV-Test
- KCT-Index
- ACA-Screen IgG
- ACA-Screen IgM
- Antiphospholipid-Antikörper IgG/IgM
- Anticardiolipin-Antikörper IgG/IgM
- β 2-Glykoproteinn-Antikörper IgG/IgM

Immunthrombozytopenie

- 2 Citrat-Monovetten
- 4 kl. EDTA-Monovetten
- 1 Serum-Monovette, per Bote
- IgG-Bindung an Thrombozyten (FACS-Analyse)
- ITP-ELISA

HIT-Diagnostik

- 1 Serum-Monovette
- HIT-ELISA
- HIPA-Test

- o Bitte beachten Sie, dass Sie Ihre Patienten vor der Durchführung von genetischen Untersuchungen aufklären müssen. Bitte übersenden Sie uns die Einwilligungserklärung zur Gendiagnostik!

Einsender:

Arztname:
Unterschrift:

Bei Kassenpatienten bitte „Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen, Muster 10“, beifügen.