

**Anmeldung für die Gerinnungsambulanz
Patienten mit (V.a.) Blutungsneigung**

Telefon: 0421 497 76338

Fax: 0421 497 1976329

E-Mail: gerinnung-elki@gesundheitsnord.de

| | |
|---------------------|-------------------|
| Name: _____ | Geb.Datum: _____ |
| Tel. Familie: _____ | ggf. E-mail _____ |
| Krankenkasse: _____ | |

Vorstellungsgrund:

- klinische Blutungsneigung
- Nasenbluten Hämatomneigung verstärkte Regelblutung
- andere: _____
- auffällige Laborwerte: _____
- auffällige Familienanamnese: _____

Vorbefunde von Patient und ggf. Angehörigen (bitte in Kopie anbei):

Achtung: bitte für die Gerinnungsambulanz folgende Überweisungsdiagnosen verwenden (auch V.a.) und § 116b ankreuzen:

- D66 Hereditärer Faktor-VIII-Mangel D67 Hereditärer Faktor-IX-Mangel D68.0- Willebrand-Jürgens-Syndrom
- D68.1 Hereditärer Faktor-XI-Mangel D68.2- Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren
- D68.31 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII
- D68.32 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren
- D68.38 Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper
- D68.4 Erworbenener Mangel an Gerinnungsfaktoren D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
- D69.1 Qualitative Thrombozytendefekte

Anamnese / Klinik / Verlauf:

Besondere Dringlichkeit?

Wenn ja, welche?

Datum: _____ Tel. für Rückfragen: _____

Stempel überweisende Praxis

- Ja Hiermit stimme ich zu, dass das Klinikum Bremen Mitte mit meinem Kinderarzt /Hausarzt meine persönlichen Daten und Informationen zu meinem Krankheitsverlauf nicht anonymisiert per Fax und /
- Nein oder Email austauschen darf.

Unterschrift: _____