

**Anmeldung für die Hämostaseologie
Thrombose oder Thromboseneigung**

Telefon: 0421 497 76338

Fax: 0421 497 1976329

E-Mail: gerinnung-elki@gesundheitsnord.de

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

Vorstellungsgrund:

familiäre Thromboseneigung

auffällige Laborwerte

Thrombose

Wichtig: Vorbefunde von PatientIn und Angehörigen (bitte in Kopie anbei):

Anamnese / Klinik / Verlauf:

Achtung: bitte Einweisung für die Tagesklinik

Datum: _____ Tel. für Rückfragen: _____

Stempel Einweisende 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: _____