
Bearbeitungsnummer
(Wird vom UKR befüllt):

Gewünschte
Vorgehensweise:

Bitte um Rückruf

EV

zur Info

Anfragender:

Niedergelassener Arzt:

Krankenhaus / Abteilung /
Ansprechpartner:

Patient / Angehöriger

Telefon:

E-Mail:

Patientendaten:

Name:

Geburtsdatum:

Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

Versicherung:

gesetzlich

privat

Wurden Befunde gefaxt

ja

nein

Diagnose:

Dringende Abklärung einer
Blutungsneigung (z.B. vor
OP, in der
Schwangerschaft, etc.)

ja

nein

Schwangerschaft (Welche
SSW?)

Geplante Operationen:

Einnahme von
Gerinnungshemmern:

Einnahme von ASS oder
Schmerzmitteln:

Aktuelle Fragestellung:

- Abklärung einer Thromboseneigung
- Abklärung einer Blutungsneigung
- Abklärung pathologischer Gerinnungswerte
- Festlegung der Dauer der Antikoagulation

Sonstiges:

Anweisung für Leitstelle (Auszufüllen von UK/Med III):

Eingegangen am:

Hz Bearbeiter:

Anweisung für die
Leitstelle:

Thrombosebogen

Blutungsbogen

Hämophiliebogen

Hämophilieunterschrift

Für Terminvereinbarung

Termin elektiv + Arztkürzel: _____

Termin zeitnah + Arztkürzel: _____

Antikoagulation Pause 48h vor Termin

Blutbild, Quick, und PTT vorlegen

Keine Einnahme von ASS für 7 Tage + NSAR für 3 Tage vor Termin

Beratung ext. GERIN +
Fallanlage SAP

+ Arztkürzel: _____

SAP-Anlage

taggleich

nächster Werktag

Hz Arzt: