

## Anforderungsbeleg für Thrombozytenfunktion

**Achtung: 1EDTA + 6 Na-Citratblutröhrchen a 3,5 ml in der Routinedienstzeit (Mo-Fr 8-14 Uhr)**

**Außerhalb dieser Zeit 1EDTA + 1 Gerinnungsröhrchen a 3,5 ml**

### Zuweiser (ggf. Stempel)

Organisation: .....

Abteilung: .....

Ärztin/Arzt: .....

Telefon (für  
Rückfragen): .....

Fax Nummer  
(notwendig für  
EDV-Ausfall) .....

### Patientendaten (ggf. Barcodeaufkleber)

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Versicherungsnummer: .....

Abnahmedatum: .....

Abnahmezeit: .....

### Therapie mit:

- 100 mg Aspirin 1x1 seit: ..... Loadingdosis von ..... mg am .....
- 75 mg Clopidogrel 1x1 seit: ..... Loadingdosis von ..... mg am .....
- 10 mg Prasugrel 1x1 seit: ..... Loadingdosis von ..... mg am .....
- 90 mg Ticagrelor 2x1 seit: ..... Loadingdosis von ..... mg am .....

Akute Blutung

Polytrauma

Routine

### Klinische Angaben:

.....  
.....  
.....

Probennummer  
(wird vom Labor vergeben)