

Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung Universitätsklinikum Erlangen	Formblatt UKER-TR-FB-I-115-V01	Seite 1 von 2
Datum Erstellung/Prüfung/Genehmigung: 20.09./20.09./11.10.2022	Verhaltensregeln Termine Gerinnungsambulanz	Version: 01
Erstellt von: J. Schriewer	Geprüft von: Dr. S. Achenbach	Genehmigt von: Dr. K. Silbermann

## Verhaltensregeln bei Terminen in der Gerinnungsambulanz:

- Essen Sie bitte nur ein leichtes Frühstück (z.B. trockenes Brot, Brötchen)
- Trinken sie ausreichend (z.B. Wasser, Tee/Kaffee ohne Milch u. Zucker)
- **Bringen Sie bitte mit:**
  - Vorbefunde und den Mutterpass / Blutgruppenausweis, wenn vorhanden
  - Krankenkassenkarte und Überweisungsschein
- **Zur Beachtung bei Medikamenten-Einnahme:**
  - Xarelto, Lixiana®, Eliquis®, Pradaxa:

*Letzte Einnahme 24 Stunden vor der Vorstellung bzw. Ihrem Termin in der Ambulanz*  
(Dosis am Vorabend der Vorstellung und am Morgen des Vorstellungstages nicht einnehmen, wenn Sie das blutverdünnende Medikament 2 x täglich einnehmen, bei einmal täglicher Einnahme sollte die Dosis am Vorabend der Vorstellung oder am Morgen des Vorstellungstermins nicht eingenommen werden.

- **Eine Einnahme- bzw. Anwendungspause ist nicht erforderlich bei**
  - der Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Marcumar® )
  - ASS
  - Clopidogrel
  - niedermolekularen Heparinen (z.B. Mono-Embolex, Innohep, Clexane usw.)  
→ hier sollte die letzte Applikation bitte 3-4 Stunden vor der Vorstellung erfolgen!

Nach erfolgter Blutentnahme kann die Medikamenteneinnahme wie gewohnt erfolgen.

Universitätsklinikum  
Erlangen

Familienname des Patienten: (Surname) Family name of the patient	
Vorname: Christian name/first name	
Geburtsname: Maiden name	
Geburtsdatum: Date of birth	
Straße, Hausnummer: Road/No.	
PLZ, Wohnort: (Zipcode) Postcode/residence	
Telefonnummer: Telefon number	
Hausarzt: Family doctor	Name: Name Ort: Town
Mit der Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden an den Hausarzt und/oder vor- und nachbehandelnde Ärzte bin ich einverstanden	Ja <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> no <b>Zusatzformular Widerspruch Datenübermittlung</b>
Staatsangehörigkeit: Nationality	
Krankenkasse: Health insurance scheme/address	Name: Name Ort: Town
Privatpatient: Private health insured patient	Ja <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> no
<b>Nur bei Familienversicherung:</b> Hauptversicherter: Main insurer	Name: Name Geburtsdatum: Date of Birth
<b>Nur bei Arbeitsunfällen:</b> Accident at work	Beruf des Patienten: Profession Arbeitgeber: Employer/address Telefon-Nummer: Adresse: Address
<b>Nur bei Schulunfällen:</b> Accident at school	Schule (Name): Name of the school Adresse: Address

## **Spezieller Gerinnungsanamnesebogen**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Alternativ Patientenaufkleber:**

**Körpergewicht:** \_\_\_\_\_ kg      **Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm

### **Allgemeine Risikofaktoren für BlutgefäßErkrankungen:**

- Haben Sie Bluthochdruck?       ja     nein  
Haben Sie die Zuckerkrankheit?       ja     nein  
Sind Sie Raucher?       ja     nein Wenn ja, wieviel pro Tag: .....  
Haben Sie erhöhte Blutfette?       ja     nein  
Hatten Sie Operationen?       ja     nein

Wenn ja, welche und wann? .....

Sind bei Ihnen Herzerkrankungen bekannt?       ja     nein

Wenn ja, welche? .....

Sind bei Ihnen weitere Erkrankungen bekannt?  ja     nein

Wenn ja, welche? .....

### **Blutungsanamnese:**

Hatten Sie Schleimhautblutungen (Epistaxis, Zahnfleischbluten, Menorrhagie)?

ja     nein

Hatten Sie Gelenkblutungen?       ja     nein

Haben Sie bei sich selbst vermehrt Nasenblutungen, auch ohne erkennbaren Grund, festgestellt?

ja     nein

Treten oder traten bei Ihnen vermehrt- ohne sich anzustoßen "blaue Flecken" oder kleine punktförmige Blutungen auf?       ja     nein

Haben Sie bei sich Zahnfleischblutungen ohne erkennbaren Grund festgestellt?

ja     nein

Traten bei Ihnen längere und verstärkte Blutungen nach oder während dem Ziehen von Zähnen auf?       ja     nein

Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnitt- oder Schürfwunden (z. B. Rasieren) länger nachblutet?       ja     nein

Traten bei Ihnen bereits einmal längere und verstärkte Blutungen nach oder während Operationen (z. B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Entbindungen, Fehlgeburten etc.) auf?

ja     nein



### **Gerinnungsfragebogen S. 2**

Wurden Ihnen bei einer Operation bereits einmal Blutkonserven oder Blutprodukte gegeben?

ja  nein

Bitte geben Sie die Art der Operation an:

- Treten Blutungen oder "blaue Flecken" nach leichten Stößen/Verletzungen, sog. Bagatelltraumen,  
mehr als 1- bis 2-mal pro Woche  ja  nein  
oder 1- bis 2-mal pro Woche  ja  nein  
oder 1- bis 2-mal pro Monat auf?  ja  nein

Bei Frauen/Mädchen: Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Monatsblutungen  
verlängert (>7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Tamponwechsel) sind?  ja  nein

### **Thrombosen:**

- Hatten Sie Thrombosen jeglicher Art (Beinvenenthrombose etc.)  ja  nein  
Wenn ja, wann und an welcher Stelle (Bein, Becken etc.):  
Haben oder hatten Sie eine oder mehrere Lungenembolien?  ja  nein  
Bei Frauen: Nehmen Sie die Pille ein (orale Kontrazeptiva)?  ja  nein  
Nehmen Sie Marcumar oder ähnliche Gerinnungshemmer ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche?  
Nehmen oder nahmen Sie in den letzten Tagen ASS (Aspirin etc.) ein?  ja  nein  
Nehmen Sie irgendwelche Schmerz- oder Rheumamittel ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche?  
Nehmen Sie weitere Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

### **Familienanamnese:**

Ist Ihnen ein Fall von Blutungsneigung bekannt

- bei Ihren Großeltern  ja  nein
- bei Ihren Eltern  ja  nein
- bei Ihren Kindern  ja  nein

Ist Ihnen ein Fall von Venenthrombose oder Embolie bekannt

- bei Ihren Großeltern  ja  nein
- bei Ihren Eltern  ja  nein
- bei Ihren Kindern  ja  nein

Wenn ja, was / wann / bei wem? .....

Datum

Unterschrift Patient/-in

Unterschrift Arzt/Ärztin

## **Datenübermittlung zwischen Hausarzt, vor-/mit-/weiter- behandelndem Arzt und Krankenhaus**

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V,  
Art. 27 Abs. 5 S. 2 BayKrG)

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die von mir angegebenen Ärzte zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung dient auch der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

**Ja**       **Nein**

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum die bei meinen Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Insbesondere die Anforderung beim Hausarzt ermöglicht es dem Universitätsklinikum, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus dessen zentraler Dokumentation zu erhalten. Das Universitätsklinikum wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

**Ja**       **Nein**

### **Die Datenübermittlung gilt für:**

- den einweisenden/überweisenden Arzt
- den Hausarzt (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_
- weitere Ärzte, z. B. weiterbehandelnder Arzt, mitbehandelnder Arzt (Name, Fachrichtung und Anschrift): \_\_\_\_\_

### **Allgemeine Hinweise für Einverständniserklärungen**

**Die vorstehende Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Universitätsklinikum widerrufen werden. Einer Angabe von Gründen bedarf es dafür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Universitätsklinikum zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

Erlangen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen Patienten:  
Unterschrift des oder der Sorgeberechtigten) oder des Vertreters  
mit Vertretungsmacht

Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung Universitätsklinikum Erlangen	Formblatt UKER-TR-FB-I-002-V04 Datenschutzverordnung (Patienten)	Seite 1 von 3 Version: 04 Genehmigt von: Dr. K. Silbermann
Datum Erstellung/Prüfung/Genehmigung: 10./10./11.08.2022 Erstellt von: M. Hackbarth	Geprüft von: Dr. S. Achenbach	

## Hinweise zur neuen Datenschutzverordnung

Sehr geehrte Patienten,  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Aufgrund neuer Datenschutzbestimmungen der EU-Datenschutz-Grundversorgung (DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck das Universitätsklinikum Erlangen Ihre Daten erhebt, speichert oder weiterleitet und welche Rechte Sie als betroffener Patient haben.

### I. Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer Daten ist:

Der Datenschutzbeauftragte des Universitätsklinikums Erlangen ist Herr Köster Jan  
Kontakt: Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen, Tel. 09131 85-0

### II. Art und Umfang der von Ihnen erhobenen und gespeicherten Daten sowie Art und Zweck und deren Verwendung

Wenn sie Patient bei uns sind, erheben wir folgende Daten:

- Anrede, Vorname, Nachname
- Geburtsdatum
- Familienstand
- Krankenversicherung, Krankenversicherungsnummer
- Anschrift
- Telefonnummer (Festnetz und/oder Mobilfunk)
- E-Mail-Adresse
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Diagnose, Befunde, Therapievorschläge)

Hierzu verarbeiten wir neben den o.g. personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, die wir oder andere Ärzte erheben. Auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, können uns zu diesem Zweck solche Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung dieser Daten ist notwendig, um den Behandlungsvertrag mit Ihnen und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dies gilt insbesondere für die Erhebung Ihrer Gesundheitsdaten. Ohne diese Informationen ist eine sorgfältige Behandlung nicht möglich.

### III. Speicherung Ihrer Daten

Die von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gespeichert und danach gelöscht. Wir sind verpflichtet, ihre Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. In besonderen Fällen können sich auch längere Aufbewahrungspflichten ergeben.

### IV. Weitergabe von Daten an Dritte – wer bekommt Ihre Daten?

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung Universitätsklinikum Erlangen	Formblatt <b>UKER-TR-FB-I-002-V04</b>	Seite 2 von 3
Datum Erstellung/Prüfung/Genehmigung: 10./10./11.09.2022	Datenschutzverordnung (Patienten)	Version: 04
Erstellt von: M. Hackbarth	Geprüft von: Dr. S. Achenbach	Genehmigt von: Dr. K. Silbermann

## V. Allgemeine Rechtsgrundlagen

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung Ihrer Daten können sie in der DS-GVO Art. 7-21 gerne nachlesen oder sie sprechen uns einfach darauf an.

Ich, \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_ habe die Datenschutzbestimmungen zur Kenntnis genommen und stimme der Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu.

---

Datum

---

Unterschrift

Ihr Team der Hochschulambulanz Gerinnung

Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung Universitätsklinikum Erlangen	Formblatt UKER-TR-FB-I-044-V04	Seite 1 von 2
Datum Erstellung/Prüfung/Gebühmigung: 12.06./13.06./14.06.2023	Einwilligung zur genetischen Untersuchung	Version: 04
Erstellt von: PD Dr. D. Weiss	Geprüft von: Dr. S. Achenbach	Genehmigung von: Dr. K. Silbermann

## Einwilligung zur genetischen Untersuchung

Patientendaten (falls kein Aufkleber zur Hand)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  männlich  weiblich

geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Patientenaufkleber

**Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patienten sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung.**

Bitte lesen Sie diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:

Über die in Frage stehende Erkrankung / Störung / Diagnose:

- ja  
 nein

deren genetische Grundlagen, die Möglichkeiten der Vorbeugung / Vermeidung / Behandlung sowie über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchungen einschließlich der mit der Blut- / Gewebeentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden mir beantwortet.

- ja  
 nein

Das GenDG erlaubt die Versendung des Befundes nur an den Arzt, welcher Sie über die genetische Untersuchung aufgeklärt hat. Wenn Sie möchten, dass auch weitere, mitbehandelnde Ärzte den Befund bekommen, brauchen wir hierfür Ihre Zustimmung.

**Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der genetischen Untersuchung auch an folgende mitbehandelnde Ärzte geschickt werden:**

Frau/Herrn \_\_\_\_\_

Dr.: \_\_\_\_\_

- ja  
 nein

Bei der Verwendung von Übersichtsmethoden (Suchtests) können sich Zufallsbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen. **Auf die Mitteilung solcher Zufallsbefunde verzichte ich.**

- ja  
 nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial (Blut- oder DNA-Probe) nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden. Für spätere genetische Untersuchungen in der Familie ist es wichtig, Vergleichsmaterial zur Verfügung zu haben.

**Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit oder Erweiterung der Ergebnisse und späterer Untersuchungen in meiner Familie einverstanden.**

- ja  
 nein

Genetische Proben sind auch wichtiges Vergleichsmaterial für die Qualitätssicherung der genetischen Untersuchungen im Labor.

**Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Qualitätssicherung einverstanden. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung).**

- ja  
 nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass die Ergebnisse der Untersuchung nach 10 Jahren vernichtet werden. Häufig sind diese Daten aber auch später noch wichtig.

**Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke nachfolgender Untersuchungen.**

- ja  
 nein

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse dieser Untersuchung für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden

- ja  
 nein

**Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nicht-Wissen). Mir ist bekannt, dass ich die eingeleitete Untersuchung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschl. aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.**

- ja  
 nein

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur genetischen Analyse für die o.g. Fragestellung und zu der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme.

Ort, Datum Unterschrift der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters

Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung Universitätsklinikum Erlangen	Formblatt <b>UKER-TR-FB-I-088-V02</b>	Seite 1 von 2
Datum Erstellung/Prüfung/Genehmigung: 10./10./11.08.2022	Schweigepflichtsentbindung Ärzte Spende	Version: 02
Erstellt von: M. Hackbarth	Geprüft von: Dr. S. Achenbach	Genehmigt von: Dr. K. Silbermann

## Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich die mich betreuenden Ärzte/-innen:

---

(Name)

---

(Name)

---

(Name)

gegenüber nachfolgend aufgeführten Ärzten/-innen von der Schweigepflicht in allen Dingen, die im Zusammenhang mit meiner Untersuchung und/oder Behandlung stehen.

---

(Name)

---

(Name)

---

(Name)

---

(Name)

---

(Name)

---

(Name)

Patient/-in:

---

(Ort, Datum, Name, Unterschrift)