



Ambulantes Gesundheitszentrum

Charité | Campus Mitte | 10117 Berlin

Ambulantes Gesundheitszentrum der Charité GmbH

Gerinnungsambulanz

Priv.-Doz. Dr. med. U. Kalus
Priv.-Doz. Dr. med. J. Koscielny

Telefon (030) 450 525 157
Telefax (030) 450 525 913
gerinnungsambulanz@charite.de

**Charitéplatz 1, Durchgang Luisenstraße 13
10117 Berlin**

Liebe Patientin/Lieber Patient,

in Vorbereitung auf die durchzuführende Untersuchung bitten wir Sie, die folgenden Seiten aufmerksam zu lesen und entsprechend auszufüllen.

Unser Arzt wird dies mit Ihnen ausführlich besprechen.

- Seite 2: Aufklärung und Einwilligung zur Infektionsserologischen Testung
- Seite 3: Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung
- Seite 4: Fragebogen zur Ermittlung eines erhöhten Thromboserisikos
- Seite 5: Anamnesefragen zur Erfassung des Blutungsrisikos
- Seite 6/7: Schweigepflichtsentbindung

Bitte drucken Sie die Formulare aus, lesen Sie sich diese aufmerksam durch und füllen Sie diese entsprechend vollständig aus.

Aktuelle Anschrift (falls abweichend von Gesundheitskarte):

Telefonnummer (wichtig für Rückfragen):

Vielen Dank
Ihr Team der Gerinnungsambulanz

Gerinnungsambulanz

Priv.-Doz. Dr. med. U. Kalus
Priv.-Doz. Dr. med. J. Koscielny

Telefon (030) 450 525 157
Telefax (030) 450 525 913
gerinnungsambulanz@charite.de

**Charitéplatz 1, Durchgang Luisenstraße 13
10117 Berlin**

**Aufklärung und Einwilligung
zur Infektionsserologischen Testung**

- Patientenaufkleber -

Liebe Patientin, lieber Patient,

mit diesem Aufklärungsbogen sollen Sie über Gründe (Indikationen) zur Durchführung von infektionsserologischen Testungen (Blutuntersuchung) informiert werden. Auf Grund Ihrer Krankengeschichte (Blutungsneigung oder Thromboseneigung) oder der Einnahme gerinnungshemmender Medikation (Acetylsalicylsäure, Clopidogrel, Ticagrelor, Prasugrel, Vitamin K Antagonisten, wie Falithrom®, Marcuma® etc., neue orale Medikamente, wie Xarefto®, Eliquis®, Pradaxa®, Lixiana®) eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Transfusionen (Blutübertragungen) besteht, möchten wir Sie zuerst auf die möglichen Infektionsrisiken von Transfusionen hinweisen: Dies ist keine Einwilligungserklärung für Transfusionen.

Zudem werden zahlreiche Gerinnungsfaktoren, die bei Ihnen heute untersucht werden sollen, in der Leber gebildet. Bei Infektionen (Entzündungen), wie Hepatitis (Leberentzündung)-Erreger (z.B. Hepatitis B oder C), Zytomegalie-Viren oder das HI-Virus (HIV), können diese Gerinnungsfaktoren vermindert gebildet werden ("erworbene Gerinnungsstörung" und die Ursache/Mitursache Ihrer Krankengeschichte (Blutungsneigung oder Thromboseneigung) sein. Daher ist eine derartige Blutuntersuchung (Infektionsserologische Testung) bei Ihnen angezeigt und die Abklärung Ihres persönlichen Infektionsstatus auf Antikörper gegen u.a. Hepatitis B und C Viren, das Zytomegalie-Virus sowie das HI-Virus, anzuraten.

Diese oben aufgeführten Infektionen können durch Blut - trotz sorgfältiger Gesundheitskontrolle und Bluttestung von Blut Spendern - übertragen werden. Daher finden Sie zu Ihrer zusätzlichen Information die allgemeinen Risiken von Transfusionen (Fremdblut und Fremdblutbestandteilen): Zu diesen Viren gehören insbesondere Hepatitis-Erreger (z.B. Hepatitis B oder C), Zytomegalie-Viren oder das HI-Virus (HIV). Das Risiko einer Hepatitis-Übertragung liegt bei derzeit etwa 1 zu 1 Million, das Risiko für eine Übertragung von HIV wird mit etwa 1 : 2-3 Million veranschlagt.

Einwilligungserklärung zur Blutuntersuchung:

Über die geplante Blutuntersuchung hat mich/ uns Frau/ Herr _____ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte(n) ich/ wir alle mir/ uns wichtigen entscheidenden Fragen, z.B. über die Art und Bedeutung der Untersuchung, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken sowie auch über alternative Untersuchungsmethoden stellen.

Ich habe/wir haben keine weiteren Fragen, fühle(n) mich/uns ausreichend aufgeklärt und willige(n) hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Blutuntersuchung ein.

(Ort, Datum)

(Ort, Datum)

Unterschrift
Verantwortlicher Arzt

Unterschrift
Patient/Erziehungsberechtigter/gesetzl. Vertreter

Gerinnungsambulanz

Priv.-Doz. Dr. med. U. Kalus
Priv.-Doz. Dr. med. J. Koscielny

Telefon (030) 450 525 157
Telefax (030) 450 525 913
gerinnungsambulanz@charite.de

Charitéplatz 1, Durchgang Luisenstraße 13
10117 Berlin

- Patientenaufkleber -

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung

Ich wünsche die Durchführung einer genetischen Untersuchung über die abzuklärende Erkrankung.

- bei mir
- meinem Kind
- der von mir betreuten Person

Die genetische Untersuchung richtet sich ausschließlich auf die abzuklärende Erkrankung, z.B. angeborene Blutungsneigung oder angeborene Thromboseneigung.

Ich bestätige hiermit, dass ich gemäß dem Gendiagnostikgesetz vom 01.02.2010 über genetische Untersuchungen beim Menschen genetisch beraten worden bin, und dass mir ausreichend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist.

Ich bin über die genetischen Grundlagen, bezogen auf die abzuklärende Erkrankung sowie die Möglichkeiten und Grenzen der molekulargenetischen Untersuchung ausführlich aufgeklärt worden. Die Bedeutung und Tragweite des Ergebnisses der gewünschten Untersuchung sowie die Verwendung und Aufbewahrung von Probenmaterial und Untersuchungsergebnissen wurden mir umfassend erläutert.

Die von mir gemachten Angaben und alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur mit meiner ausdrücklichen und schriftlichen Einwilligung an Dritte weitergegeben.

Ich bin mit der Aufbewahrung von überschüssigem Probenmaterial zum Zwecke der späteren Nachprüfbarkeit der Ergebnisse

- einverstanden
- nicht einverstanden

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an dieser Untersuchung freiwillig ist und ich meine Einwilligung zu der genetischen Untersuchung, der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses sowie der Aufbewahrung der Proben jederzeit und ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Ort, Datum)

Name, Vorname Unterschrift
Verantwortlicher Arzt

Name, Vorname Unterschrift
Patient/Erziehungsberechtigter/gesetzl. Vertreter

Fragebogen zur Ermittlung eines erhöhten Thromboserisikos (von Patienten/in auszufüllen)

Bitte testen Sie sich selbst!

Beantworten Sie die nachfolgend aufgeführten Fragen durch Ankreuzen bzw. Eintragen der erforderlichen Angaben. (Bitte ankreuzen und ausfüllen!)

	Score
1. Leiden Sie an einem bösartigen Tumor (Krebs)?	
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	3
2. Ist eine Neigung Ihres Blutes zum „Verklumpen“ (Thrombophilie) bereits nachgewiesen, z.B. bei einseitig geschwollenen Bein oder Arm?	
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	3
3. Haben Sie früher eine Thrombose z.B. der Beine, Arme oder im Bauch, und /oder eine Lungenembolie erlitten?	
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	3
4. Ist eine Operation geplant, die mehr als 60 Minuten andauern wird?	
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	2
5. Nehmen Sie Medikamente, die eine Thrombose ·begünstigen können, wie z.B. östrogenhaltige Medikamenten (Pille, Hormonersatzpräparate) ein?	
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1
6. Sind Sie über 70 Jahre alt?	
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1
7. Sind Sie übergewichtig?	
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1
8. Haben Sie in den letzten 12 Wochen mindestens 3 Tage fest im Bett gelegen (nicht nach einer Operation)?	
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1

Name, Unterschrift, Datum (Patient)

Name, Unterschrift, Datum (MDA)

Thromboserisiko für operative Patienten Score (von der MDA auszufüllen)

Niedrig → Score: 0 oder 1	
Mittel → Score: 2 oder 3	
Hoch → Score: >=4	

Thromboserisiko für nicht-operative Patienten

Niedrig → Score: >=3	
Hoch → Score: >=4	



Anamnesefragen zur Erfassung des Blutungsrisikos

Name des Patienten: _____ Geb.datum: _____ Datum: _____

Vom Arzt oder Patienten anzukreuzen bzw. zu ergänzen



- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ist bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung oder eine Thrombose festgestellt worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gab oder gibt es Fälle von Blutungsneigungen in der Familie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Heilen Ihre Wunden schlecht ab? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beobachten Sie vermehrt folgende Blutungsarten – auch ohne erkennbaren Grund?



- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. Nasenbluten
(ohne andere Ursachen wie Infekte der oberen Atemwege; trockene Luft, z. B. in der Heizperiode; starkes Schneuzen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. Blaue Flecken oder kleine, punktförmige Blutungen mehr als 1-2mal pro Woche (vor allem am Körperrumpf und anderen, ungewöhnlichen Stellen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|



- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. Spontane Gelenk- oder Muskel-/Weichteilblutungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Zahnfleischbluten und Blutungen der Mundschleimhaut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beobachten Sie ungewöhnlich lange bzw. verstärkte Blutungen nach Verletzungen und Eingriffen?



- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 8. Blutungen nach Schnitt- oder Schürfwunden
(z. B. durch Rasieren) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 9. Blutungen während oder nach dem Ziehen von Zähnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|



- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10. Blutungen während oder nach Operationen
(z. B. Mandeloperationen, Blinddarmoperationen, Geburten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung beeinflussen (können)?



- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 11 a. Schmerz- oder Rheumamittel: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 11 b. Medikamente zur Blutverdünnung: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 11 c. Weitere Medikamente oder Vitaminpräparate: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Von Frauen und Mädchen zu beantworten:



- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 12. Haben Sie den Eindruck, dass die Monatsblutungen verlängert (+ 7 Tage) und/oder verstärkt sind (häufiger Binden-/Tamponwechsel)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Differenzierung und Bewertung durch den Arzt

	falls ja
» Diagnose erfragen	2
» Verwandtschaftsgrad	
» Diagnose bekannt	2
» lange nässend, klaffend	2
» vereiternd	2
» Keloidbildung	2
» immer schon	2
» nur saisonal	3
» HNO-Befund vorhanden	
» bei Medikamenteneinnahme	1
» arterielle Hypertonie	4
» traumafördernde Tätigkeiten	0
» immer schon	2
» bei Medikamenteneinnahme	1
	2
» Parodontitis	0
» über 5 Minuten	2
» typische Verletzung (Nassrasur)	2
» bei Medikamenteneinnahme	1
» über 5 Minuten	2
» Nachbehandlung war nötig	2
» bei Medikamenteneinnahme	1
» welche Operation	5
» Gabe von Blutkonserven oder Blutprodukten?	5; 2
» Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme	2; 4; 6
» seit Menarche	2

0 = kein Handlungsbedarf
 1 = Medikamentenanamnese
 2 = Überweisung Gerinnungszentrum
 3 = Überweisung HNO-Facharzt
 4 = Konsultation Internist
 5 = Befundaushubung
 6 = Konsultation Internist/Krankenhaus (Chirurg) und evtl. Karez

Unterschrift des Arztes

Praxisstempel

Patientenetikett

Ich, der / die oben genannte, willige ein, dass die

„Ambulantes Gesundheitszentrum (AGZ) der Charité GmbH“, Charitéplatz 1, 10117 Berlin

neben den Angaben zur Person (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertenstatus) die für die Weiterbehandlung meiner Erkrankung erforderlichen Befundergebnisse sowie Diagnosen aus der Vorbehandlung an die mitbehandelnden Ärzte des AGZ sowie an die Charité – Universitätsmedizin Berlin übermitteln darf.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt für diese Erkrankung und für die Dauer der Behandlung.

Ferner willige ich ein, dass folgende nachbehandelnde Ärzte einen Arztbrief über die erfolgte Behandlung/Befundung erhalten. Name, Fachrichtung und Adresse, wenn bekannt.

.....

.....

Ich bin darüber belehrt worden, dass mir Unterlagen, die ich im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet habe, in Kopie auszuhändigen sind. Auf dieses Recht verzichte ich widerruflich, so dass mir in jedem Einzelfall das Recht verbleibt, eine Kopie zu verlangen.

Datenübermittlung/Dateneinsicht

an den /vom Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt

Ich bin damit einverstanden, dass vorliegende Behandlungsdaten / Befunde bei meinem o. g. Haus- oder Facharzt, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, durch das Ambulante Gesundheitszentrum angefordert werden können.

Ja Nein

Wissenschaftliche Auswertung

Für wissenschaftliche Auswertungen bin ich damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten in **anonymer Form**, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist, von Ärzten der Charité-Kliniken und/oder des Ambulanten Gesundheitszentrums der Charité oder unter ihrer Aufsicht wissenschaftlich ausgewertet werden. Grundlage hierzu ist Art. 9 Abs. 2 lit. J DSGVO und § 27 BDSG (neu).

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass Studierende der Medizin mit meiner Erkrankung und ihrer Behandlung vertraut gemacht werden und sie an dieser in für die Ausbildung geeigneter Form unter ärztlicher Aufsicht mitwirken. Dieses Einverständnis kann ich jeder Zeit widerrufen.

Ja

Nein

Behandlungsdokumentationen der vorbehandelnden Einrichtungen der Charité und im Ambulanten Gesundheitszentrum

Ich bin damit einverstanden, dass alle erforderlichen Informationen aus meinen früheren Aufenthalten in der Charité und im Ambulanten Gesundheitszentrum von den Mitarbeitern eingesehen werden können, die an der Behandlung dieses Falles beteiligt sind.

Ja

Nein

Information zur Datenübermittlung

Ich bin darüber informiert, dass

- die Länder Berlin und Brandenburg zur Verbesserung der onkologischen Versorgung einen Staatsvertrag geschlossen haben, wonach ein klinisches Krebsregister eingerichtet wird. Zweck des klinischen Krebsregisters ist die zentrale Erhebung, Zusammenführung und Auswertung aktueller medizinischer Daten von Tumorpatientinnen und Tumorpatienten mit dem Ziel der Sicherung und Verbesserung der tumorbezogenen medizinischen Versorgungsqualität. Im Falle einer Krebserkrankung und einem Wohnsitz in Berlin oder Brandenburg erfolgt eine Meldung der Charité an das Klinische Krebsregister für Brandenburg und Berlin GmbH Dreifertstraße 12 in 03044 Cottbus. Im Falle eines Wohnsitzes in einem anderen Bundesland wird die Meldung an das klinische Krebsregister der entsprechenden Bundesländer weitergeleitet. Sie haben die Möglichkeit gegen die Speicherung von Daten aus einzelnen oder allen klinischen Krebsregistern zu widersprechen. Auch bei einem Widerspruch bleibt die Meldepflicht bestehen. In diesem Falle können Ihre Daten u.a. nicht für die direkte patientenbezogene Zusammenarbeit in Tumorkonferenzen genutzt werden. Diesen Widerspruch können Sie gegenüber dem Charité Comprehensive Cancer Center (Hotline 030/450564222) oder dem Klinischen Krebsregister für Berlin und Brandenburg GmbH oder dem für Sie zuständigen Krebsregister eines anderen Bundeslandes erklären. Darüber hinaus haben Sie ein Auskunftsrecht gegenüber dem jeweils zuständigen Krebsregister.
- das Ambulante Gesundheitszentrum zur Durchführung der Behandlung folgende Leistungen durch Dritte veranlasst
 - a) Laborleistungen bei der Labor Berlin - Charité Vivantes GmbH und der Labor Berlin – Charité Vivantes Service GmbH
 - b) Leistungen zur Bereitstellung von Blutprodukten durch das Zentrum für Transfusionsmedizin und Zelltherapie Berlin gGmbH
 - c) Krankentransport durch die Charité CFM Facility Management GmbH
 - d) Mitbehandlung durch die Charité – Universitätsmedizin Berlin

und zu dem Zweck der Erbringung dieser Leistungen erforderliche Daten an diese Dritte übermittelt.

Mir ist bekannt, dass die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift Patient bzw. bei nichtunterschriftsfähigen Patienten des gesetzlichen Vertreters / Bevollmächtigten