



**Justus-Liebig-Universität Gießen
Fachbereich 11 · Medizin**

Zentrum für pränatale Medizin und fetale Therapie
Prof. Dr. Roland Axt-Fliedner · Dr. Ivonne Bedei

Institut für Klinische Immunologie,
Transfusionsmedizin und Hämostaseologie
Prof. Dr. Ulrich Sachs

Herrn
Prof. Dr. med. Ulrich Sachs
Institut für Klinische Immunologie,
Transfusionsmedizin und Hämostaseologie
Universitätsklinikum Gießen
Langhansstr. 7
35392 Gießen

Patientin:

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Klinik/Praxis:
Station/Ambulanz:
Zuständiger Arzt:
Telefon:
Fax:

Auftrag zur quantitativen Bestimmung von Anti-Ro52/Anti-Ro60-Antikörpern

Autoimmunlabor (Telefon: 0641/985-41517)

<p>Grunderkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> keine rheumatische Grunderkrankung bekannt</p> <p><input type="checkbox"/> systemischer Lupus erythematodes <input type="checkbox"/> Mixed Connective Tissue Disease <input type="checkbox"/> M. Sjögren</p> <p><input type="checkbox"/> andere: _____</p>																																		
<p>Vorgeschichte</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>SSW</th> <th>Sectio (S) oder vaginal (V)?</th> <th>Komplikationen?*</th> <th>Geburtsgewicht</th> <th>AV-Block? <i>nein, I°, II°, III°</i></th> <th>neonataler Lupus? <i>ja/nein</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>							Jahr	SSW	Sectio (S) oder vaginal (V)?	Komplikationen?*	Geburtsgewicht	AV-Block? <i>nein, I°, II°, III°</i>	neonataler Lupus? <i>ja/nein</i>																					
Jahr	SSW	Sectio (S) oder vaginal (V)?	Komplikationen?*	Geburtsgewicht	AV-Block? <i>nein, I°, II°, III°</i>	neonataler Lupus? <i>ja/nein</i>																												
<p>Aktuelle Schwangerschaft</p> <p>Aktuelle SSW: _____</p> <p>Aktuelle Medikation: _____</p> <p>Vorgesehener Betreuung-Algorithmus: <i>Mehrfachangaben möglich</i></p> <p><input type="checkbox"/> wöchentliches Ultraschall-Screening</p> <p><input type="checkbox"/> zwei-wöchentliches Ultraschall-Screening</p> <p><input type="checkbox"/> Patientenselbstmonitoring (<i>Handdoppler</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> andere/sonstige _____</p>																																		
<p>Informationen auf der Rückseite beachten!</p>																																		

Ort, Datum, Stempel _____ Unterschrift des Arztes _____

Erläuterungen zum Untersuchungsmaterial

Bitte senden Sie uns eine große Serum-Monovette (Nativblut, 10 ml).

Bitte beschriften Sie die Monovette mindestens mit Name, Vorname, Geburtsdatum.
Eine Patientenadressette wird bevorzugt.

Einverständniserklärung

- Mit der Einsendung der Blutprobe und der Durchführung der Diagnostik bin ich einverstanden.
- Mit der Erfassung meiner persönlichen Daten und Krankheitsdaten bin ich einverstanden.
- Mit der Zusendung des Arztbriefes nach Entbindung bin ich einverstanden
- Mit der anonymisierten Verwendung und Publikation der Daten für wissenschaftliche Zwecke bin ich einverstanden. Ich wurde unterrichtet, dass dabei keine Rückschlüsse auf meine Person möglich sein.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Patientin _____