ANONYME ERSTMELDUNG

German Pediatric Hemophilia Research Database
GEPHARD
Register der Ständigen Kommission Pädiatrie
unter der Schirmherrschaft der
Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung e.V.

- ✓ **Erstdiagnose ab 01.01.2017**
- ✓ **Alter bei Diagnose < 18 Jahre**
- ✓ **Faktor VIII oder IX zwischen 0 und 25 %**

Bitte per Fax an 069 6301 83991 oder per Email an info@gephard.de

Mit diesem Formblatt melden Sie lediglich die Neudiagnose eines Patienten mit Hämophilie. Hiermit ist noch keine Teilnahme des Patienten am GEPHARD-Register verbunden. Für diese ist eine entsprechende Aufklärung und schriftliche Einverständniserklärung nötig.

Behandlungseinrichtung (z.B. Stempel)

Name Ansprechpartner/in:

Telefonisch erreichbar unter:

Email:

Datum der Meldung:

Patientenangaben:

☐ **männlich**	☐ **weiblich**	**Datum Diagnose**:
Geburtsmonat:		**Geburtsjahr:**
Diagnose:	☐ **Hämophilie A**	**Restaktivität FVIII:**
	☐ **Hämophilie B**	**Restaktivität FIX:**

Bemerkungen:

Unterschrift Melder/in: _____

info@gephard.de

GEPHARD INTERN
EM