



Anamnesebogen für Patientinnen

Datum der Vorstellung:

Patientendaten Name/Vorname:

Straße:

Ort:

E-mail:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Rechnungsadresse (bei Privat-Versicherten): Falls abweichend:

Überweisender Arzt (Name, Adresse, Ort):

Hausarzt (falls eine Befundübermittlung erwünscht ist) (Name, Adresse, Ort):

Eigenanamnese

Gewicht:	Größe:	BMI:
Beruf:		

Wird vom Arzt ausgefüllt

Grund der Vorstellung:
Überweisungsgrund:
Diagnosen:
Anamnese:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

1. Haben Sie in den letzten 10 Tagen Schmerz- oder Rheumamedikamente eingenommen? ja nein
 Wenn ja, welches? Wie oft pro Monat?

2. Nehmen Sie eines oder mehrere der folgenden Medikamente ein?

Medikament	Dosierung	Letzte Einnahme
Anti-IIa-/Xa-Inhibitoren		
<input type="checkbox"/> Rivaroxaban		
<input type="checkbox"/> Dabigatran		
Vitamin K-Antagonisten		
<input type="checkbox"/> Marcumar/Warfarin		
<input type="checkbox"/> Coumadin		
Thrombozytenaggregationshemmer		
<input type="checkbox"/> ASS		
<input type="checkbox"/> Clopidogrel (Plavix, Isocover)		
<input type="checkbox"/> Prasugrel		
Heparin		
<input type="checkbox"/> unfraktioniertes Heparin		
<input type="checkbox"/> niedermolekulares Heparin (z.B. Clexane, Monoembolex)		

3. Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein? ja nein
 Wenn ja, nennen Sie bitte die Medikamente und Dosierung:

Medikament	Dosierung

4. Nehmen Sie die Pille oder ein Medikament wegen der Wechseljahre ein? ja nein
 Wenn ja, welches?

Blutungsneigung

5. Bluten Sie häufiger? Wenn ja, an welcher Stelle? Wie oft? ja nein

6. Bluten bei Ihnen Schnitt- oder Schürfwunden besonders lang nach? ja nein

7. Haben Sie Wundheilungsstörungen? ja nein

8. Haben Sie verstärktes Zahnfleischbluten? Wenn ja, bei welcher Gelegenheit? ja nein
 beim Zähneputzen bei zahnärztlichen Behandlungen ohne erkennbaren Grund

9. Bekommen Sie leicht blaue Flecken, auch ohne dass Sie sich anstoßen? ja nein
 Wenn ja, an welcher Stelle? Wie oft ungefähr? Seit wann? (Monat/Jahr)
 an den Armen /
 an den Beinen /
 am Rumpf /

10. Haben Sie häufig Nasenbluten? ja nein
 Wenn ja,
 Wie oft haben Sie Nasenbluten? seit wann? /..... ja nein
 einiige Male im Jahr mehrmals im Monat mehrmals die Woche
 Auf welcher Seite?
 rechtes Nasenloch linkes Nasenloch beide Seiten ja nein
 Haben Sie Nasenbluten auch ohne erkennbaren Grund? ja nein
 Waren Sie schon bei einem HNO-Arzt wa. des Nasenblutens?
 Wenn ja, was hat der Arzt festgestellt?

11. Haben Sie schon einmal Blut im Urin oder Stuhl bemerkt? ja nein
 Wenn ja, was war die Ursache?

12. Hatten Sie schon eine Blutung im Magen/Darm? ja nein

13. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Störung der Blutgerinnung festgestellt? ja nein
 Wenn ja, welche Störung wurde festgestellt?

14. Wurde Ihre Blutungsneigung schlimmer, nachdem Sie ein Medikament eingenommen haben? (z.B. ein Schmerzmittel) ja nein
 Wenn ja, welches Medikament?

15. Hatten Sie schon Operationen? ja nein
 Wenn ja, beantworten Sie bitte für jede Operation folgende Fragen zu Nachblutungen/Transfusionsbedarf:

Operation	sofortiaes starkes Nachbluten	Späteres besonders starkes Nachbluten	Transfusionsbedarf	Zeitpunkt der Operation Monat/Jahr
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein/.....
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein/.....
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein/.....
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein/.....
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein/.....

16. Ist demnächst eine Operation geplant? Wenn ja, welche Operation? Und wann? ja nein

Thrombosen und Embolien

	1. Thrombose	2. Thrombose	3. Thrombose
17.	Zeitpunkt der Thrombose/n (Monat/Jahr)		
/...../...../.....
18.	Welche Thrombose war dies und welcher Körperteil war dabei betroffen? Bitte ankreuzen		
	<input type="checkbox"/> oberflächliche Thrombose (Phlebitis) <input type="checkbox"/> Muskelvenenthrombose <input type="checkbox"/> tiefe Venenthrombose <input type="checkbox"/> Bauchgefäß-Verschluss <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> oberflächliche Thrombose (Phlebitis) <input type="checkbox"/> Muskelvenenthrombose <input type="checkbox"/> tiefe Venenthrombose <input type="checkbox"/> Bauchgefäß-Verschluss <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> oberflächliche Thrombose (Phlebitis) <input type="checkbox"/> Muskelvenenthrombose <input type="checkbox"/> tiefe Venenthrombose <input type="checkbox"/> Bauchgefäß-Verschluss <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> weiß nicht
	<input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Beckenvene <input type="checkbox"/> Armvene <input type="checkbox"/> Schlüsselbeinvene <input type="checkbox"/> Sinusvene <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> linke Seite <input type="checkbox"/> rechte Seite	<input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Beckenvene <input type="checkbox"/> Armvene <input type="checkbox"/> Schlüsselbeinvene <input type="checkbox"/> Sinusvene <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> linke Seite <input type="checkbox"/> rechte Seite	<input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Beckenvene <input type="checkbox"/> Armvene <input type="checkbox"/> Schlüsselbeinvene <input type="checkbox"/> Sinusvene <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> linke Seite <input type="checkbox"/> rechte Seite
19.	Mit welcher Untersuchung wurde die Thrombose bzw. Lungenembolie festgestellt?		
	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Ultraschall
	<input type="checkbox"/> Szintigraphie <input type="checkbox"/> Computertomographie	<input type="checkbox"/> Szintigraphie <input type="checkbox"/> Computertomographie	<input type="checkbox"/> Szintigraphie <input type="checkbox"/> Computertomographie
20.	Haben Sie in der Zeit vor der Thrombose eine Reise gemacht, bei der Sie länger als 4 Std. sitzen mussten?		
	<input type="checkbox"/> ja (Flugzeug/Auto) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Flugzeug/Auto) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Flugzeug/Auto) <input type="checkbox"/> nein
21.	Mussten Sie in der Zeit vor der Thrombose längere Zeit liegen?		
	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Gips (am Bein oder Fuß) <input type="checkbox"/> Verletzung: anderer Grund: Dauer:	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Gips (am Bein oder Fuß) <input type="checkbox"/> Verletzung: anderer Grund: Dauer:	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Gips (am Bein oder Fuß) <input type="checkbox"/> Verletzung: anderer Grund: Dauer:
22.	Hatten Sie in den Wochen vor der Thrombose eine Infektion oder Fieber?		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
23.	Hatten Sie vor der Thrombose eine ungewohnte körperliche Belastung oder Überanstrengung, eine Tumorerkrankung, eine Schwangerschaft (SSW)? Wenn ja, welche?		
24.	Hatten Sie die Thrombose nach einer Geburt? Wenn ja, wie viele Wochen nach der Geburt?		
 Wochen Wochen Wochen
25.	Haben Sie zur Zeit der Thrombose die Pille oder andere Hormonpräparate genommen?		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Med:	Med:	Med:
	Dauer:	Dauer:	Dauer:

Schwangerschaft und Regelblutung

26. Waren Sie schon einmal schwanger? ja nein
 Wenn ja, wie oft? Davon: Fehlgeburten Geburten

Wenn Sie eine oder mehrere Geburten hatten:
 Bitte vervollständigen Sie folgende Tabelle zu Monat/Jahr der Geburt, Schwangerschaftswoche (SSW) und das Geburtsgewicht des Kindes:

Entbindungen	Monat / Jahr	SSW	Geburtsgewicht
1. Kind/.....g
2. Kind/.....g
3. Kind/.....g
4. Kind/.....g

27. Wenn Sie eine oder mehrere Fehlgeburten hatten:
 Bitte vervollständigen Sie folgende Tabelle zu Monat/Jahr der Fehlgeburt und Schwangerschaftswoche (SSW):

Fehlgeburten	Monat / Jahr	SSW
1./.....
2./.....
3./.....
4./.....

28. Haben Sie in der Schwangerschaft eine Rhesus-Prophylaxe erhalten? ja nein
 Wenn ja, wann?

29. Gab es Komplikationen in Ihrer/n Schwangerschaft/en? (z.B. eine Gestose/Präeklampsie) ja nein
 Wenn ja, welche

Hinweis: Bitte beantworten Sie die Fragen auch dann, wenn Sie in der Menopause sind

30. Ist / war Ihre Regelblutung auffällig stark? Wenn ja, seit wann? ja nein
 seit der ersten Regelblutung seit der Schwangerschaft
 seit ca. Monaten/Jahren (bitte zutreffendes einkreisen)

Hat ein Frauenarzt die Ursache für die auffällig starke Regelblutung festgestellt? ja nein
 Wenn ja, was war die Ursache?

31. Wie oft müssen / mussten Sie die Binde oder das Tampon wechseln?
 bis zu 5-mal am Tag mehr als 5-mal am Tag auch nachts

32. Wie lange dauert / dauerte Ihre Regelblutung?
 1 bis 5 Tage 6 Tage oder länger

33. Haben Sie „die Pille“ genommen?
 Wenn ja, wie hat sich Ihre Regelblutung durch „die Pille“ geändert?
 wurde stärker wurde schwächer hat sich nicht geändert

Aktuelle und frühere Erkrankungen

34. Haben Sie aktuell eine fieberhafte Erkältung oder Bronchitis? ja nein
35. Haben Sie aktuell eine Infektion? ja nein
Wenn ja, welche?
36. Sind Erkrankungen bei Ihnen bekannt? ja nein
Wenn ja welche?
37. Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein
38. Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis) ja nein
Wenn ja, welche?
39. Nierenerkrankungen ja nein
Wenn ja, welche?
40. Herzerkrankungen ja nein
Wenn ja, welche?
 Herzinfarkt
 Rhythmusstörungen
 Sonstige Herzerkrankung:
Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das?
41. Autoimmunerkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?
Werden oder wurden Sie deswegen behandelt? ja nein
Wenn ja, wie werden Sie behandelt?
42. Hypertonie (Bluthochdruck) ja nein
Wenn ja, wie hoch (ca.)?/.....
43. Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Cholesterin) ja nein
Wenn ja, wie hoch (ca.)?
44. Häufige Gelenkschmerzen ja nein
45. TIA (Transitorische ischämische Attacke = leichter Schlaganfall, nicht länger als 24 Std.) ja nein
Wenn ja, wann?
Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das?
46. Schlaganfall ja nein
Wenn ja, wann?
Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das?
47. Gefäßerkrankung (z.B. Arteriosklerose) ja nein
Wenn ja, welche?
48. Krampfadern ja nein
Wenn ja, werden oder wurden Sie deswegen behandelt? ja nein
49. Welche anderen Erkrankungen, die hier nicht genannt sind, haben oder hatten Sie?
.....
50. Rauchen Sie? ja nein
Seit wann? Wieviele Zigaretten pro Tag?
51. Haben Sie jemals regelmäßig geraucht? ja nein
Bis wann? Wieviele Zigaretten pro Tag?
52. Wieviel Alkohol trinken Sie durchschnittlich?
.....pro Woche pro Monat

Familienanamnese

53. Wie viele (eigene) Kinder haben Sie? Kinder

In welchem Jahr sind Ihre Kinder geboren?

1. Kind: 2. Kind: 3. Kind: 4. Kind:

54. Wie viele Geschwister (auch Halbgeschwister) haben Sie? Geschwister

Geburtsjahr der Geschwister:

1. Geschw: 2. Geschw: 3. Geschw: 4. Geschw:

55. Hatte jemand in Ihrer engeren Familie schon einmal eine Thrombose oder Blutungsneigung? (engere Familie = Sohn, Tochter, Bruder, Schwester, Vater, Mutter, Großvater, Großmutter)

Wenn ja, schreiben Sie bitte in die Tabelle:

- a) Welches Familienmitglied? (wenn Großeltern, geben Sie bitte auch an, ob Väterlicherseits (V) oder Mütterlicherseits (M))
- b) Wie alt war das Familienmitglied, als es die Thrombose / Blutungsneigung bekam?
- c) Hat er / sie ein Medikament gegen die Thrombose eingenommen, z.B. Marcumar?

Familienmitglied	hatte im Alter von	Thrombose	Blutungsneigung nahm Marcumar o.ä.	
Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Hatten andere Verwandte bereits eine Thrombose oder Blutungsneigung? ja nein

Wenn ja, vervollständigen Sie folgende Tabelle:

Verwandte / r	Blutungsneigung	Thrombose
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Gab es in Ihrer Familie oder Verwandtschaft schon einmal Fehlgeburten oder Totgeburten? ja nein

Wenn ja, bei wem?

Verwandte / r	Fehlgeburten	Totgeburten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte bestätigen Sie mit ihrer Unterschrift, dass Sie alle Angaben nach bestem Wissen gemacht haben.

Datum, Unterschrift X

Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen und Datenschutz

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für die Durchführung der genetischen Untersuchung.
Ich bin damit einverstanden, dass...

- das erforderliche Untersuchungsmaterial entnommen wird.
- die Proben für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für die weiterführende genetische Analysen zur Diagnosefindung verwendet und aufbewahrt wird.
- das Probenmaterial evtl. an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet wird.
- das Untersuchungsmaterial für die Qualitätssicherung aufbewahrt und verwendet werden kann.
- ich und der behandelnde Arzt (sowie mitbehandelnde Arzt/Ärzte/Vertretungsärzte) über das Ergebnis informiert werden.

Jeder Punkt dieser Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden, mit der Folge, dass die Untersuchung ggf. abgebrochen wird.

Ich wurde beraten und aufgeklärt und bin mit der Probenentnahme und der angeforderten Analyse einverstanden.

..... X
.....
Ort/Datum Unterschrift des Patienten/ges. Vertreters

.....
.....
Unterschrift verantw. Arzt