



## Anamnesebogen für Patienten

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
<u>Anti IIa-/Xa-Inhibitoren</u>		
<input type="checkbox"/> Rivaroxaban		
<input type="checkbox"/> Dabigatran		
Vitamin K-Antagonisten		
<input type="checkbox"/> Marcumar/Warfarin		
<input type="checkbox"/> Coumadin		
<u>Thrombozytenaggregationshemmer</u>		
<input type="checkbox"/> ASS		
<input type="checkbox"/> Clopidogrel (Plavix, Isocover)		
<input type="checkbox"/> Prasugrel		
<u>Heparin</u>		
<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

## Blutungsneigung

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

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

6. Haben Sie Wundheilungsstörungen?  ja  nein

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

8. 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 ..... / .....

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

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

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

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

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

14. 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	...../.....

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

# Thrombosen und Embolien

	1. Thrombose	2. Thrombose	3. Thrombose
<b>16.</b>	Zeitpunkt der Thrombose/n (Monat/Jahr)		
	...../.....	...../.....	...../.....
<b>17.</b>	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
<b>18.</b>	Mit welcher Untersuchung wurde die Thrombose bzw. Lungenembolie festgestellt?		
	<input type="checkbox"/> Ultraschall  <input type="checkbox"/> Szintigraphie <input type="checkbox"/> Computertomographie	<input type="checkbox"/> Ultraschall  <input type="checkbox"/> Szintigraphie <input type="checkbox"/> Computertomographie	<input type="checkbox"/> Ultraschall  <input type="checkbox"/> Szintigraphie <input type="checkbox"/> Computertomographie
<b>19.</b>	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
<b>20.</b>	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:
<b>21.</b>	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
<b>22.</b>	Hatten Sie vor der Thrombose eine ungewohnte körperliche Belastung oder Überanstrengung, wenn ja, welche?		
<b>23.</b>	Haben Sie zur Zeit der Thrombose ein Hormonpräparat genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Med: .....	Med: .....	Med: .....
	Dauer: .....	Dauer: .....	Dauer: .....

## Aktuelle und frühere Erkrankungen

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

## Familienanamnese

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

In welchem Jahr sind Ihre Kinder geboren?

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

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

Geburtsjahr der Geschwister:

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

45. 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"/>

46. 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"/>

47. 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  
 .....

## Aufklärung und Einwilligungserklärung bzgl. genetischer Analysen

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 verantwortl. Arzt