

Anamnese zu Gerinnungsuntersuchungen bei Blutungsneigung

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie in unsere Praxis gekommen sind. Gerne beraten wir Sie in allen Gerinnungsfragen und helfen Ihnen, gesund zu bleiben oder gesund zu werden.

Um eine individuell auf Sie ausgerichtete Diagnostik, Empfehlung oder auch Therapie festlegen zu können, bitten wir Sie um Ihre Mithilfe: Nehmen Sie sich bitte etwas Zeit, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, lassen Sie diese zunächst offen. Später wird Ihnen einer unserer Ärzte gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Natürlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und ohne Ihre Einwilligung an niemanden weitergegeben!

Patienteninformation:

Name, Vorname:

Straße, Wohnort:

Geburtsdatum: Körpergewicht: kg Körpergröße: cm

Telefonnummer (*freiwillige Angabe*):



Ich bin damit einverstanden, dass der überweisende Arzt sowie alle mit- und weiterbehandelnden Ärzte einen Bericht erhalten: ja nein

Familienanamnese:

1. Ist in Ihrer Verwandtschaft (Eltern, Geschwister, Großeltern) eine Blutungsneigung bekannt?

Nein

Ja

Falls ja, welche.....

Eigenanamnese:

2. Beobachten Sie vermehrt eine Blutungsneigung (auch ohne erkennbaren Grund)?

Nein

Ja

Falls ja, **bitte den ergänzenden Anamnesebogen ausfüllen**

bitte wenden →

3. Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten?

- Blutgerinnungsstörung
Falls ja, welche.....
- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörung
- Migräne mit Aura (z.B. Sehstörungen)
- Migräne ohne Aura
- Nierenfunktionsstörung
- Leberfunktionsstörung

4. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

- Nein
- Ja
Falls ja, welche:
- Hormonelle Verhütungsmethode (Pille)
- Niedermolekulares Heparin
- Orgaran® (Danaparoid)
- Argatra® (Argatroban)
- Arixtra® (Fondaparinux)
- Marcumar®/Coumadin®/Warfarin®
- Xarelto® (Rivaroxaban)
- Eliquis® (Apixaban)
- Pradaxa® (Dabigatran)
- ASS (Acetylsalicylsäure)
- Plavix® (Clopidogrel)
- Brilique® (Ticagrelor)
- Efient® (Prasugrel)
- Sonstige Medikamente:

Dosierung bitte angeben:

5. Rauchen Sie?

- Nein
- Ja
Falls ja, wie viele Zigaretten täglich:.....

Hiermit bestätige ich, dass ich die im Wartezimmer ausliegende [Datenschutzerklärung](#) gelesen habe und dass meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, ggf. Telefonnummer) zum Zwecke der Bearbeitung meiner Untersuchung durch das SYNLAB MVZ Stuttgart gespeichert und weiterverarbeitet werden dürfen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

.....
Datum:

.....
Unterschrift
(oder Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigter)