

Anamnese bei Z. n. Thromboembolie

Liebe Patientin, lieber Patient,

aufgrund einer familiären Belastung mit einer Thrombophilie oder aufgrund eines thromboembolischen Ereignisses bei Ihnen selbst ist eine gezielte Thrombophilieabklärung erforderlich. Hierzu wird Ihre Blutprobe von uns an das SYNLAB MVZ Stuttgart GmbH versandt.

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 Fragen des Gerinnungszentrums auf der Rückseite sorgfältig zu beantworten. Herzlichen Dank! Natürlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und ohne Ihre Einwilligung an keine weiteren Personen oder Einrichtungen 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 vom SYNLAB MVZ Stuttgart GmbH erhalten: ja nein

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

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

.....
 Ort und Datum

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

Bitte wenden ➔

<input type="checkbox"/> Z. n. Venenthrombose <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Unterschenkel <input type="radio"/> Knie <input type="radio"/> Oberschenkel <input type="radio"/> Becken <input type="radio"/> Arm <input type="radio"/> Zerebral <input type="radio"/> Viszeral <input type="radio"/> sonstige venöse Thrombose <p>.....</p> <p>.....</p> <input type="checkbox"/> Z. n. Lungenembolie <input type="checkbox"/> Z. n. Myokardinfarkt <input type="checkbox"/> Z. n. Apoplex <input type="checkbox"/> PAVK <input type="checkbox"/> Sonstiger Gefäßverschluss genaue Lokalisation / betroffene Vene / Arterie <p>.....</p> <p>.....</p> <input type="checkbox"/> Erstereignis Zeitpunkt: <p>.....</p> <p>.....</p> <input type="checkbox"/> Rezidivierende Ereignisse Zeitpunkte: <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <input type="checkbox"/> Varikosis <p>.....</p> <input type="checkbox"/> Positive Familienanamnese <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> Perioperativ Art des Eingriffs: <p>.....</p> <p>.....</p> <input type="checkbox"/> Trauma <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> mit Fraktur <input type="radio"/> ohne Fraktur Lokalisation: <p>.....</p> <input type="checkbox"/> Immobilisation <input type="checkbox"/> Paresen der unteren Extremitäten <input type="checkbox"/> Reise > 4 h <input type="checkbox"/> Aktive Tumorerkrankung <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung <input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankung <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Wochenbett <input type="checkbox"/> Ovulationshemmer / Hormonersatztherapie <input type="checkbox"/> BMI > 30 kg/m ² <input type="checkbox"/> Exsikkose <input type="checkbox"/> Rauchen Anzahl Zig./die: <p>.....</p> <input type="checkbox"/> Abbruch Antikoagulation <input type="checkbox"/> Glukokortikoidtherapie <input type="checkbox"/> Sonstiges: <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> Marcumar® / Coumadin® <input type="checkbox"/> Xarelto® (Rivaroxaban) <input type="checkbox"/> Eliquis® (Apixaban) <input type="checkbox"/> Pradaxa® (Dabigatran) <input type="checkbox"/> ASS® (Acetylsalicylsäure) <input type="checkbox"/> Plavix® (Clopidogrel) <input type="checkbox"/> Brilique® (Ticagrelor) <input type="checkbox"/> Efient® (Prasugrel) Dosierung: <p>.....</p> Zeitpunkt der Einnahme: <p>.....</p> Zeitpunkt der Blutentnahme: <p>.....</p> <input type="checkbox"/> Heparin <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> niedermolekular <input type="radio"/> unfraktioniert <input type="checkbox"/> Orgaran® (Danaparoid) <input type="checkbox"/> Arixtra® (Fondaparinux) <input type="checkbox"/> Argatra® (Argatroban) Dosierung: <p>.....</p> Zeitpunkt der Injektion: <p>.....</p> Zeitpunkt der Blutentnahme: <p>.....</p>
--	---	--