

## Anamnese zu Gerinnungsuntersuchungen bei Thromboseneigung

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. Trät in Ihrer Verwandtschaft (Eltern, Geschwister, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen (vor allem vor dem 50. Lebensjahr) auf?**

- Venenthrombose                       Schlaganfall                       Aborte  
 Lungenembolie                       Herzinfarkt

**2. Ist in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) eine Blutgerinnungsstörung bekannt?**

- Nein  
 Ja; falls ja, welche.....

### **Eigenanamnese:**

**3. Hatten Sie bereits eine der folgenden Erkrankungen / Beschwerden?**

- Krampfadern
- Venenentzündung  
 Falls ja, bitten wir um Angabe von Zeitpunkt und genauer Lokalisation  
 .....
- Venenthrombose  
 Falls ja, bitten wir um Angabe von Zeitpunkt und genauer Lokalisation  
 .....
- Lungenembolie  
 Falls ja, bitten wir um Angabe von Zeitpunkt und genauer Lokalisation  
 .....

**bitte wenden →**

- Herzinfarkt  
Falls ja, bitten wir um Angabe von Zeitpunkt und ggf. erfolgter Intervention (z.B. Bypass, Stents)

- .....  
 TIA, PRIND oder Schlaganfall

- pAVK oder andere arterielle Verschlusskrankheit

#### 4. Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten?

- Blutgerinnungsstörung

Falls ja, welche.....

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                        | <input type="checkbox"/> Migräne ohne Aura      |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung              | <input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörung  |
| <input type="checkbox"/> Migräne mit Aura (z.B. Sehstörungen) | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung |

#### 5. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

- Nein  
 Ja; falls ja, welche

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hormonelle Verhütungsmethode (Pille) | <input type="checkbox"/> Eliquis® (Apixaban)         |
| <input type="checkbox"/> Niedermolekulares Heparin            | <input type="checkbox"/> Pradaxa® (Dabigatran)       |
| <input type="checkbox"/> Orgaran® (Danaparoid)                | <input type="checkbox"/> ASS (Acetylsalicylsäure)    |
| <input type="checkbox"/> Argatra® (Argatroban)                | <input type="checkbox"/> Plavix® (Clopidogrel)       |
| <input type="checkbox"/> Arixtra® (Fondaparinux)              | <input type="checkbox"/> Brilique® (Ticagrelor)      |
| <input type="checkbox"/> Marcumar® / Coumadin® / Warfarin®    | <input type="checkbox"/> Efient® (Prasugrel)         |
| <input type="checkbox"/> Xarelto® (Rivaroxaban)               | <input type="checkbox"/> sonstige Medikamente: ..... |

Dosierung bitte angeben: .....

#### 6. Rauchen Sie?

- Nein  
 Ja; falls ja, wie viele Zigaretten täglich:.....

#### Bei Frauen:

Hatten Sie einen oder mehrere Aborte?

- Nein  
 Ja; falls ja, bitten wir um Angabe von Zeitpunkt und SSW:

.....  
Sind Sie aktuell schwanger?

- Nein  
 Ja; falls ja, bitte die aktuelle SSW angeben: .....

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)