

Anamnesebogen Thrombose- und Blutungsneigung

(biologisch weiblich)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: / / Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Blutgruppe: 0 A B AB unbekannt

Nikotin: ja nein Zigaretten pro Tag: _____

Bitte zurücksenden an:
gerinnung@labor-heidrich.de

Telefonnr: _____ E-Mail: _____

FRAGE	ANTWORT	
	JA	NEIN
Wurde bei Ihnen schon eine Störung der Blutgerinnung festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie bereits eine oder mehrere Thrombosen/ Lungenembolien in der Vergangenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann und wie viele?	Anzahl: <input type="text"/>	Datum der letzten Thrombose: <input type="text" value=" "/> / <input type="text" value=" "/> / <input type="text" value=" "/>
Wenn ja, gab es einen Anlass (z.B. OP oder Immobilisation in den letzten 6 Wochen, Gipse/Verbände, schwere Infektionen, Krebsleiden, lange Reise in sitzender Position) für das thromboembolische Ereignis?	<input type="text" value="Anlass:"/>	
Wo trat die Thrombose auf? Oberschenkel, Unterschenkel, Becken, Arm/ Schulter	<input type="text" value="Körperstelle:"/>	
Bekommen sie leicht und vor allem großflächige Hämatome (blaue Flecken)? Wenn ja, wie häufig und wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Bluten Sie besonders stark oder lang bei kleinen Verletzungen? Haben Sie leicht Zahnfleisch- oder Nasenbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu Wundheilungsstörungen oder entwickeln sich bei Ihnen wulstige Narben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie oder nahmen Sie Medikamente zur Schwangerschaftsverhütung oder Hormonersatztherapie ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text" value="Medikament:"/>
Haben oder hatten Sie eine verlängerte Regelblutung?	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verstärkt <input type="checkbox"/> verlängert (+7 Tage) <input type="checkbox"/> keine	
Sind Sie aktuell schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text" value="Woche:"/>
Haben Sie lebende Kinder geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Fehlgeburten erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



FRAGE

ANTWORT

Wenn ja, wie viele und in welchem Abstand?

Anzahl:

Datum/
SW-Woche:

Datum/
SW-Woche:

Datum/
SW-Woche:

Haben Sie Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?

Sind in Ihrer Familie Thrombosen, Schlaganfälle und Herzinfarkte bekannt? Dabei sind vor allem Vater, Mutter, Geschwister und Großeltern von Bedeutung.

Verwandtschaftsgrad:

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche?
Z.B: Apixaban/Eliquis®, Rivaroxaban/Xarelto®, Edoxaban/Lixiana®,
Dabigatran/Pradaxa®, Acetylsalicylsäure/Aspirin®,
Clopidogrel/Plavix®, Aggrenox®, Thrombose Ass®, Herz Ass®

Nehmen Sie Heparin (niedermolekulares oder unfractioniertes Heparin) ein?

Nehmen Sie Phenprocoumon/Marcumar® ein?

Nehmen Sie Schmerzmittel ein? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Stimmungsaufheller oder Antiepileptika ein?
Wenn ja, welche?

Wurden Sie kürzlich geimpft? Wenn ja, wogegen?

Haben Sie einen aktuellen Medikamentenplan? Wenn ja, brauchen Sie die nächsten Fragen nicht beantworten, sondern geben ihren aktuellen Medikamentenplan bitte ab.

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente oder Präparate, (auch freiverkäufliche) ein?

Bitte nennen Sie uns die Dosierung der Präparate und an welchem Tag und zu welcher Uhrzeit Sie das/die Medikament/e einnehmen bzw. zuletzt eingenommen haben.

Präparat/Medikament :

Dosis:

Gegebenenfalls Uhrzeit:

Anmerkungen: