

Anamnesebogen Thrombose- und Blutungsneigung

(biologisch männlich)

Name: _____ Vorname: _____

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

Blutgruppe: 0 A B AB unbekannt

Nikotin: ja nein Zigaretten pro Tag: _____

Telefonnr: _____ E-Mail: _____

**Bitte zurücksenden an:
gerinnung@labor-heidrich.de**

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?	Anlass: <input type="text"/>	
Wo trat die Thrombose auf? Oberschenkel, Unterschenkel, Becken, Arm/ Schulter	Körperstelle: <input type="text"/>	
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"/>
Haben Sie Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Sind in Ihrer Familie Thrombosen, Schlaganfälle und Herzinfarkte bekannt? Dabei sind vor allem Vater, Mutter, Geschwister und Großeltern von Bedeutung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verwandtschaftsgrad: <input type="text"/>
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®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Nehmen Sie Heparin (niedermolekulares oder unfractioniertes Heparin) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



FRAGE	ANTWORT		
	JA	NEIN	
Nehmen Sie Phenprocoumon/Marcumar® ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Schmerzmittel ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nehmen Sie Stimmungsaufheller oder Antiepileptika ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Wurden Sie kürzlich geimpft? Wenn ja, wogegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie einen aktuellen Medikamentenplan? Wenn ja, brauchen Sie die nächsten Fragen nicht beantworten, sondern geben ihren aktuellen Medikamentenplan bitte ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente oder Präparate, (auch freiverkäufliche) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anmerkungen: