



MICHAEL ARLT

Dr. med. Dr. rer. nat. | Privatarztpraxis

Anamnesebogen

Persönliche Daten	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Telefon/Mobil:
Körpergröße:	Körpergewicht:
Raucher? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie viele? <input type="text"/> Zig./Tag	

Blutungsneigungen	Ja	Nein		Ja	Nein
Nasenbluten			Blut im Urin oder Stuhl		
Vermehrt blaue Flecken			Bei Frauen: Verstärkte Monatsblutung		
Zahnfleischbluten			Dauer der Monatsblutung > 5 Tage?		
Gelenkblutung			Hirnblutung		
Blutung während oder nach Operationen			Nachblutungen nach Schnittwunden		

	Verschlüsse der Venen (Thrombose, Lungenembolie)	Ursache/Auslöser wie Operation, Verletzung, Pille (bei Frauen), lange Reise, Bettlägerigkeit usw.
Jahr	Lokalisation (Bein, Lunge, Gehirn, Darm, Arm, Auge)	

BITTE WENDEN →

Bei Frauen: Fehlgeburten? Anzahl: <input type="text"/> / in welcher SSW und Jahr? <input type="text"/>
Anzahl Kinder? <input type="text"/> Geburtsjahr: <input type="text"/>
Sind Sie aktuell schwanger? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, in welcher SSW? <input type="text"/>

	Verschlüsse der Arterien (Infarkt)	Ursache/Auslöser wie Operation, Verletzung, Pille (bei Frauen), lange Reise, Bettlägerigkeit usw.
Jahr	Schlaganfall? Herzinfarkt? Extremitätenverschlüsse (Arm, Bein), Darm, Auge? Schaufensterkrankheit pAVK?	

	Hatten Familienangehörige o.g. Erkrankungen?
Wer?	Art der Erkrankung

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Zur Blutverdünnung: Marcumar®? Coumadin®? Xarelto®? Pradaxa®? Eliquis® Lixiana®?
Zur Blutverdünnung: ASS/Aspirin®? Clopidogrel (Plavix®, Iscover®)? Brilique®? Efiect®?
Schmerzmittel oder Rheumamittel (auch bei Bedarf)
Thrombosespritzen wie Clexane®, Fragmin®, Innohep® usw. Vor wie vielen Stunden haben Sie das gespritzt?
Bei Frauen: Verhütung wie Pille, Spirale, Implanon, 3-Monatsspritze usw.
Bei Frauen: Hormone (bei Wechseljahresbeschwerden)
Kortison?
Sonstige Medikamente