



MICHAEL ARLT

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

Anamnesebogen

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

| | Hatten Sie eine Thrombose oder eine Lungenembolie? Wenn ja, wann und wo? | Ursache/Auslöser des Ereignisses wie Operation, Verletzung, Pille (bei Frauen), lange Reise, Bettlägerigkeit usw. |
|------|--|---|
| Jahr | Lokalisation (Bein, Lunge, Gehirn, Darm, Arm, Auge) | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | Hatten Sie einen Herzinfarkt, Schlaganfall usw.? Wenn ja, wann? | Ursache/Auslöser wie Operation, Verletzung, Pille (bei Frauen), lange Reise, Bettlägerigkeit usw. |
|------|---|---|
| Jahr | Schlaganfall? Herzinfarkt? Extremitätenverschlüsse (Arm, Bein), Darm, Auge? Schaufensterkrankheit pAVK? | |
| | | |
| | | |

| |
|--|
| 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"/> |

BITTE WENDEN →

| | |
|------|--|
| | Hatten Familienangehörige bisher Thrombosen, Lungenembolien, Herzinfarkt, Schlaganfall oder eine Blutungsneigung? |
| Wer? | Art der Erkrankung |
| | |
| | |

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

| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? |
|---|
| Zur Blutverdünnung: Marcumar®? Coumadin®? Xarelto®? Pradaxa®? Eliquis® Lixiana®? |
| Zur Blutverdünnung: ASS/Aspirin®? Clopidogrel (Plavix®, Iscover®)? Brilique®? Efixent®? |
| 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 |