



## Anamnesebogen

Liebe Patientinnen und Patienten, bitte füllen Sie unseren Anamnesebogen möglichst vollständig aus.

Bitte beachten Sie, dass das Erstellen Ihres Befundes, je nach Untersuchung, mindestens **4** Wochen dauert. Befundbericht/ Empfehlungen werden zur Besprechung an Ihren zuweisenden Arzt geschickt.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ:** \_\_\_\_\_ **Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Telefon/Mobil:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Blutgruppe (falls bekannt):** \_\_\_\_\_

**Besteht eine Schwangerschaft?**  ja  nein **SSW:** \_\_\_\_\_

**Hat eine Rhesusprophylaxe stattgefunden? Falls ja, dieses bitte während des Arztgespräches angeben.**

### Haben oder hatten Sie folgende Erkrankung?

|  | ja | nein |                                    | ja | nein |
|--|----|------|------------------------------------|----|------|
| Haben Sie Gelenkschmerzen?                 |    |      | Haben Sie aktuell einen Infekt?    |    |      |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)?                |    |      | Leiden Sie gehäuft an Infektionen? |    |      |
| Hypertonie (Bluthochdruck)?                |    |      | Sind Sie Raucher?                  |    |      |
| Hyperlipidämie (erhöhtes Cholesterin etc.) |    |      |                                    |    |      |

### Familienerkrankungen (Thrombosen, Blutungen, Fehlgeburten, etc.):

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Verwandte: \_\_\_\_\_

### Thrombose/ Lungenembolie/ Gefäßverschluss

|   | ja | nein |  | ja | nein |
|---|----|------|--|----|------|
| Haben/ hatten Sie eine Thrombose?                 |    |      | Haben/ hatten Sie eine oder mehrere Lungenembolien?            |    |      |
| Falls ja, wann und an welcher Stelle?             |    |      | Hatten Sie einen Schlaganfall, oder sonstigen Gefäßverschluss? |    |      |
| In welchen Situationen traten die Thrombosen auf? |    |      | Hatten Sie einen Herzinfarkt?                                  |    |      |

### Bei Frauen:

Sind bei Ihnen Fehlgeburten aufgetreten? Falls ja, bitte nachfolgende Tabelle ausfüllen:  
Zeitpunkt der Fehlgeburt **(bitte Monat und Jahr angeben):**

| Monat/ Jahr | Schwangerschaftswoche |
|-------------|-----------------------|
|             |                       |
|             |                       |



### Medikamente

Bitte tragen Sie nachfolgend sämtliche Medikamente ein, die von Ihnen regelmäßig eingenommen werden oder in den letzten 7 Tagen eingenommen wurden (ggf. auch Antibiotika/ Nahrungsergänzungsmittel). **Sollten Sie einen Ausdruck Ihres Medikamentenplans dabei haben, können Sie diesen gerne an der Anmeldung kopieren lassen.**

### Blutungen

|  | ja | nein |   | ja | nein |
|--|----|------|---|----|------|
| Haben/hatten Sie Schleimhautblutungen?   |    |      | Haben/hatten Sie Zahnfleischblutungen   |    |      |
| Haben/hatten Sie Gelenkblutungen?  |    |      | Traten bei Ihnen verstärkt Blutungen beim Ziehen von Zähnen auf?                                  |    |      |
| Haben/hatten Sie vermehrt Nasenblutungen?  |    |      | Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnitt- oder Schürfwunden (z.B. Rasieren) länger nachblutet? |    |      |
| Traten bei Ihnen bereits längere und verstärkte Blutungen nach oder während Operationen auf? |    |      | Wurden Ihnen bei einer Operation bereits einmal Blutkonserven oder Blutprodukte gegeben?          |    |      |
| Haben Sie vermehrt blaue Flecken oder treten punktförmige Hauteinblutungen auf?              |    |      | Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Monatsblutung verlängert (>7 Tage) und/oder verstärkt ist?      |    |      |

#### Einverständniserklärung für Probenversand und Blutabnahme

Das Gerinnungszentrum Berlin Dr. Sucker lässt ggf. einzelne Untersuchungen der Labordiagnostik durch externe Laboratorien erbringen. Hierfür sind zwingend eine Weitergabe von **Probenmaterial** sowie **Patientendaten** wie:

- Kontaktdaten, Geburtsdatum, Geschlecht
- Krankenkasse und Versicherungsnummer
- Verdachtsdiagnose und ggf. Laborwerte
- eventuell Einwilligung zur Gendiagnostik (erfolgt im Arztgespräch)

erforderlich.

Wenn Sie dies nicht wünschen, dann kreuzen Sie bitte das Feld „Nein“ an. Das kann dazu führen, dass eine exakte Bewertung Ihres Falles nicht möglich ist und dass folglich ggf. keine adäquate Behandlung durchgeführt und keine verbindliche Therapieempfehlung gegeben werden kann. Falls Sie genauere Informationen wünschen, zu welchem Labor die Daten und Proben in Ihrem konkreten Fall versendet werden, wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten. Von ihm erhalten Sie genauere Informationen sowie eine Datenschutzerklärung des externen Labors.

**Das Gerinnungszentrum Berlin Dr. Sucker ist berechtigt Probenmaterial und die oben genannten Daten an ein externes Laboratorium zu versenden. Die Erteilung der Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.**

Ja

Nein

.....  
Ort, Datum

.....  
Name

.....  
Unterschrift des Patienten/  
bzw. Erziehungsberechtigten

**Hiermit stimme ich einer Blutabnahme zu, im Rahmen der Probengewinnung bestehende folgende Risiken:**

- Hämatome
- Schwellung der Einstichstelle
- Schmerzen
- Traumatisierung eines Nervs
- Infektionen

.....  
Ort, Datum

.....  
Name

.....  
Unterschrift des Patienten/  
bzw. Erziehungsberechtigten