



Allgemeine Information, Schweigepflichtentbindungserklärung und spezieller Gerinnungsanamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserem Labor herzlich willkommen heißen zu dürfen.

Um bereits wichtige Informationen für das anschließende Arztgespräch zur Verfügung zu haben, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen und am Ende zu unterschreiben.

Sollten Fragen unklar oder für Sie schwer zu beantworten sein, lassen Sie diese bitte einfach offen.

Prof. Ringwald oder seine Vertretung wird dies später im Gespräch mit Ihnen klären.

Weiterhin bitten wir Sie, die Schweigepflichtentbindungserklärung am Ende des Fragebogens zu unterschreiben.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

MVZ Labor PD Dr. Volkmann & Kollegen GbR



Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer Festnetz: _____ Mobil: _____

E-Mail (freiwillige Angabe): _____

Adresse Hausärztin/-arzt (falls nicht auf Überweisungsschein angegeben)

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Allgemeine Risikofaktoren für Blutgefäßerkrankungen:

Haben Sie Bluthochdruck? ja nein

Haben Sie die Zuckerkrankheit? ja nein

Sind Sie Raucher? ja nein

Wenn ja, wieviel pro Tag: _____

Haben Sie erhöhte Blutfette? ja nein

Hatten Sie Operationen? ja nein

Wenn ja, welche und wann? _____

Sind bei Ihnen Herzerkrankungen bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____



Blutungsanamnese:

Hatten Sie Schleimhautblutungen (Epistaxis, Zahnfleischbluten, Menorrhagie)? ja nein

Hatten Sie Gelenkblutungen? ja nein

Haben Sie bei sich selbst vermehrt Nasenblutungen, auch ohne erkennbaren Grund, festgestellt? ja nein

Treten oder traten bei Ihnen vermehrt- ohne sich anzustoßen "blaue Flecken" oder kleine punktförmige Blutungen auf? ja nein

Haben Sie bei sich Zahnfleischblutungen ohne erkennbaren Grund festgestellt? ja nein

Traten bei Ihnen längere und verstärkte Blutungen nach dem Ziehen von Zähnen auf? ja nein

Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnitt- oder Schürfwunden (z.B. Rasieren) länger nachblutet? ja nein

Traten bei Ihnen bereits einmal längere und verstärkte Blutungen nach oder während Operationen (z. B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Entbindungen, Fehlgeburten etc.) auf? ja nein

Wurden Ihnen bei einer Operation bereits einmal Blutkonserven oder Blutprodukte gegeben? ja nein
Bitte geben Sie die Art der Operation an: _____

Treten Blutungen oder "blaue Flecken" nach leichten Stößen/Verletzungen, sog. Bagateltraumen, mehr als 1- bis 2-mal pro Woche ja nein
oder 1- bis 2-mal pro Woche ja nein
oder 1- bis 2-mal pro Monat auf? ja nein

Bei Frauen/Mädchen:

Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Monatsblutungen verlängert (>7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Tampon Wechsel) sind? ja nein



Thrombosen:

Hatten Sie Thrombosen jeglicher Art (Beinvenenthrombose etc.) ja nein
Wenn ja, wann und an welcher Stelle (Bein, Becken etc.): _____

Haben oder hatten Sie eine oder mehrere Lungenembolien? ja nein

Bei Frauen: Nehmen Sie die Pille ein (orale Kontrazeptiva)? ja nein

Nehmen Sie Marcumar oder ähnliche Gerinnungshemmer ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Nehmen oder nahmen Sie in den letzten Tagen ASS (Aspirin etc.) ein? ja nein

Nehmen Sie irgendwelche Schmerz- oder Rheumamittel ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie weitere Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Familienanamnese:

Ist Ihnen ein Fall von Blutungsneigung bekannt?

- bei Ihren Großeltern ja nein
- bei Ihren Eltern ja nein
- bei Ihren Kindern ja nein

Wenn ja, was / wann / bei wem?

Ist Ihnen ein Fall von Venenthrombose oder Embolie bekannt?

- bei Ihren Großeltern ja nein
- bei Ihren Eltern ja nein
- bei Ihren Kindern ja nein

Wenn ja, was / wann / bei wem?

Datum

Unterschrift Patient/-in

Unterschrift Arzt/Ärztin



Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich entbinde hiermit Prof. Dr. med. Jürgen Ringwald bzw. eine/n evtl. Vertreter gegenüber meiner/meinem o.g. Hausärztin/-arzt und der/dem überweisenden Ärztin/Arzt von der Schweigepflicht.

Insbesondere kann der anlässlich meiner Vorstellung verfasste Befundbericht inklusive der erhobenen Laborbefunde an meine/meinen o.g. Hausärztin/-arzt und an die/den überweisende/n Ärztin/Arzt (falls zutreffend) versendet werden darf.

Diese Erklärung kann ich später jederzeit widerrufen.

Karlsruhe, den _____
Datum

Unterschrift Patient/-in