

# Anamnese – Fragebogen der Praxis Dr. med. Richter

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_ kg, Körpergröße: \_\_\_\_ m, Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt / Hausarzt: \_\_\_\_\_

Gynäkologe (Frauenarzt): \_\_\_\_\_

1. Hatten oder haben Sie eine/n...

Thrombose, Lokalisation: \_\_\_\_\_  Herzinfarkt, Schlaganfall \_\_\_\_\_

Lungenembolie \_\_\_\_\_  Abort (Fehlgeburt) \_\_\_\_\_

In welchem Monat und Jahr fanden die Ereignisse statt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Neigen Sie zu...

Hämatomen (blaue Flecken)

verstärkter Regelblutung

(Gebrauch von Tampon und Binde gleichzeitig)

Petechien (punktförmige Hautblutungen)

spontanem Nasenbluten

3. Fand bei Ihnen bereits ein operativer Eingriff statt?  ja  nein

Kam es dabei zu Blutungskomplikationen?  ja  nein

Wenn ja, welche und wann fanden die Eingriffe statt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Sind in Ihrer Familie (Kinder, Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister) Erkrankungen mit einem Gefäßverschluss (Thrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt, Schlaganfall) und/oder mit einer erhöhten Blutungsneigung bekannt? Wenn ja, wer und was und in welchem Alter?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit, regelmäßig bzw. dauerhaft ein?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.1 Haben Sie in den letzten 14 Tagen Schmerzmittel eingenommen?  ja  nein

Wenn ja, bitte zutreffende Medikamente ankreuzen, auch einmalige Einnahmen.

ASS, Aspirin

Spalt

Ibuprofen / Nurofen

Thomapyrin

Diclofenac / Voltaren

Togal

Neuralgin

Vivimed

Grippemittel: \_\_\_\_\_

5.2 Nehmen Sie zurzeit ein Antibiotikum ein?  ja  nein

Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

6. *Nur bei weiblichen Patienten!*

Welches Antikonzeptiva (Pille) oder Östrogen nehmen Sie ein?

Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor?  ja  nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_