Patientendaten

Gerinnungsdiagnostik

Anmeldung und Anamnese

Fragebogen für Patienten

Patient

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Ort

E-mail

Telefonnummer

Rechnung an (bei Privat-Versicherten)

Name, Vorname

Adresse (falls abweichend)

Ort

Telefon

Fax

Anamnese

Größe …….. Gewicht …… BMI …….

Blutgruppe ……. Beruf……..

Messtechnische Ergebnisse (vom Arzt auszufüllen)

RR: Puls:

Überweisender Arzt

Name

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Fax

Hausarzt (wenn Befundübermittlung gewünscht)

Name

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Fax

Grund der Überweisung

Thrombosen und Embolien

Hinweis: Wenn Sie schon einmal eine oder mehrere Thrombosen/Lungenembolien hatten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen für jede Thrombose.

	1. Thrombose	2. Thrombose	3. Thrombose
1.	Wann (Monat/Jahr) hatten Sie die erste Thrombose bzw. weitere Thrombosen?		
	……../……	……../……	……../……
2.	Welche Thrombose war dies und welcher Körperteil war dabei betroffen? Bitte ankreuzen		
	☐ oberflächliche Thrombose (Phlebitis) ☐ Muskelvenenthrombose ☐ tiefe Venenthrombose ☐ Bauchgefäß-Verschluss ☐ Lungenembolie ☐ weiß nicht	☐ oberflächliche Thrombose (Phlebitis) ☐ Muskelvenenthrombose ☐ tiefe Venenthrombose ☐ Bauchgefäß-Verschluss ☐ Lungenembolie ☐ weiß nicht	☐ oberflächliche Thrombose (Phlebitis) ☐ Muskelvenenthrombose ☐ tiefe Venenthrombose ☐ Bauchgefäß-Verschluss ☐ Lungenembolie ☐ weiß nicht
	☐ Unterschenkel ☐ Oberschenkel ☐ Beckenvene ☐ Armvene ☐ Schlüsselbeinvene ☐ Sinusvene ☐ andere ……	☐ Unterschenkel ☐ Oberschenkel ☐ Beckenvene ☐ Armvene ☐ Schlüsselbeinvene ☐ Sinusvene ☐ andere ……	☐ Unterschenkel ☐ Oberschenkel ☐ Beckenvene ☐ Armvene ☐ Schlüsselbeinvene ☐ Sinusvene ☐ andere ……
	☐ linke Seite ☐ rechte Seite	☐ linke Seite ☐ rechte Seite	☐ linke Seite ☐ rechte Seite
3.	Mit welcher Untersuchung wurde die Thrombose bzw. Lungenembolie festgestellt?		
	☐ Ultraschall ☐ Kontrastmittel	☐ Ultraschall ☐ Kontrastmittel	☐ Ultraschall ☐ Kontrastmittel
	☐ Szintigraphie ☐ Computertomographie	☐ Szintigraphie ☐ Computertomographie	☐ Szintigraphie ☐ Computertomographie
4.	Haben Sie in der Zeit vor der Thrombose eine Reise gemacht, bei der Sie länger als 4 Std. sitzen mussten? Wenn ja, mit welchem Transportmittel?		
	☐ Auto ☐ Flugzeug	☐ Auto ☐ Flugzeug	☐ Auto ☐ Flugzeug
5.	Mussten Sie in der Zeit vor der Thrombose längere Zeit liegen? Wenn ja, weshalb und wie lange?		
	☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Operation ☐ Gips (am Bein oder Fuß) ☐ Verletzung: …… anderer Grund: ……	☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Operation ☐ Gips (am Bein oder Fuß) ☐ Verletzung: …… anderer Grund: ……	☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Operation ☐ Gips (am Bein oder Fuß) ☐ Verletzung: …… anderer Grund: ……
	Dauer: ……..	Dauer: ……..	Dauer: ……..

Fortsetzung: Fragen zu Thrombosen

	1.Thrombose	2. Thrombose	3.Thrombose
6.	Hatten Sie in den Wochen vor der Thrombose eine Infektion oder Fieber?		
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
7.	Hatten Sie vor der Thrombose eine ungewohnte körperliche Belastung oder Überanstrengung? Wenn ja, welche?		
	…… ……	…… ……	…… ……
8.	Hatten Sie in der Zeit der Thrombose oder Embolie eine Tumorerkrankung? Wenn ja, welchen Tumor?		
	……	……	……
9.	Haben Sie zur Zeit der Thrombose Testosteronpräparate eingenommen? ☐ ja ☐ nein		
	Med: ……	Med: ……	Med: ……
	Dauer: ……	Dauer: ……	Dauer: ……

Blutungsneigung

12.	Bluten Sie häufiger? Wenn ja, an welcher Stelle? Wie oft? …… ……	☐ ja ☐ nein
13.	Bluten bei Ihnen Schnitt- oder Schürfwunden besonders lang nach?	☐ ja ☐ nein
14.	Haben Sie Wundheilungsstörungen?	☐ ja ☐ nein
15.	Haben Sie verstärktes Zahnfleischbluten? Wenn ja, bei welcher Gelegenheit? ☐ beim Zähneputzen ☐ bei zahnärztlichen Behandlungen ☐ ohne erkennbaren Grund	☐ ja ☐ nein

Fortsetzung: Fragen zu Blutungsneigung

16.	Bekommen Sie leicht blaue Flecken, auch ohne dass Sie sich anstoßen? Wenn ja, an welcher Stelle? Wie oft ungefähr? Seit wann? (Monat/Jahr) ☐ an den Armen …… …… / …… ☐ an den Beinen …… …… / …… ☐ am Rumpf …… …… / ……	☐ ja ☐ nein
17.	Haben Sie häufig Nasenbluten? Wenn ja, Wie oft haben Sie Nasenbluten? seit wann? ……/…… ☐ einige Male im Jahr ☐ mehrmals im Monat ☐ mehrmals die Woche Auf welcher Seite? ☐ rechtes Nasenloch ☐ linkes Nasenloch ☐ beide Seiten Haben Sie Nasenbluten auch ohne erkennbaren Grund? Waren Sie schon bei einem HNO-Arzt wg. des Nasenblutens? Wenn ja, was hat der Arzt festgestellt? …….. Hat der Arzt eine Verödung gemacht? Hat der Arzt eine Tamponade gelegt?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
18.	Haben Sie schon einmal Blut im Urin oder Stuhl bemerkt? Wenn ja, was war die Ursache? ……..	☐ ja ☐ nein
19.	Hatten Sie schon einmal Magenbluten?	☐ ja ☐ nein
20.	Wurde bei Ihnen schon einmal eine Störung der Blutgerinnung festgestellt? Wenn ja, welche Störung wurde festgestellt? ……	☐ ja ☐ nein
21.	Wurde Ihre Blutungsneigung schlimmer, nachdem Sie ein Medikament eingenommen haben? (z.B. ein Schmerzmittel) Wenn ja, welches Medikament? ……	☐ ja ☐ nein
22.	Hatten Sie schon Operationen? Wenn ja, beantworten Sie bitte für jede Operation folgende Fragen: a) Gab es sofort nach der Operation besonders starke Nachblutungen? b) Gab es einige Tage später besonders starke Nachblutungen? c) Bekamen Sie dabei eine Transfusion? d) In welchem Monat / Jahr war die Operation?	☐ ja ☐ nein
23.	Ist demnächst eine Operation geplant? Wenn ja, welche Operation? …… Wann? (Bitte nennen Sie das genaue Datum) ……	☐ ja ☐ nein

Operation	sofort starkes	später starkes	Transfusion	Wann?
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

35.	Haben Sie in den letzten 7 Tagen Acetylsalicylsäure? (z.B. ASS, Aspirin) Wenn ja, wie viel? ..... Wann (Uhrzeit)?.....	☐ ja ☐ nein
36.	Haben Sie in den letzten Tagen Clopidogrel eingenommen? (Plavix, Iscover) Wenn ja, wie viel? ..... Wann (Uhrzeit)?.....	☐ ja ☐ nein
37.	Nehmen Sie Marcumar oder Warfarin ein? (oder ähnliche Antikoagulantien) Wenn ja, seit wann? ..... Ist der InR-Wert stabil?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
38.	Spritzen Sie sich Heparin? Wenn ja, welches? ..... Wann zuletzt (Uhrzeit)?	☐ ja ☐ nein
39.	Haben Sie in den letzten 10 Tagen Schmerz- od. Rheumamedikamente eingenommen? Wenn ja, welches? ..... Wie oft pro Monat?	☐ ja ☐ nein

40. Nehmen Sie eins oder mehrere der u.a. Medikamente ein?

Medikament	Dosierung	Letzte Gabe
☐ Heparin unfraktioniert/nmH		
Vitamin K-Antagonisten ☐ Marcumar ☐ Coumadin		
Thrombozytenaggregationshemmer ☐ ASS ☐ Clopidogrel ☐ Prasugrel		
Anti IIa-/Xa-Inhibitoren ☐ Rivaroxaban ☐ Dabigatran		

41. Nehmen Sie andere Medikamente regelmäßig ein? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, nennen Sie bitte die Medikamente und Dosierung:

Medikament	Dosierung

42. Nehmen Sie zurzeit Hormonpräparate? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? .....

Aktuelle und frühere Erkrankungen

Hinweis: Beantworten Sie bitte die Folgenden Fragen so sorgfältig wie möglich.

43.	Haben Sie zur Zeit ein fieberhafte Erkältung oder Bronchitis?	☐ ja ☐ nein
44.	Haben Sie zur Zeit eine Infektion? Wenn ja, welche? ……	☐ ja ☐ nein
45.	Allergien Wenn ja, welche? ……	☐ ja ☐ nein
46.	Diabetes (Zuckerkrankheit)	☐ ja ☐ nein
47.	Lebererkrankung (z.B. Hepatitis) Wenn ja, welche? ……	☐ ja ☐ nein
48.	Nierenerkrankung Wenn ja, welche? ……...	☐ ja ☐ nein
49.	Herzerkrankungen Wenn ja, welche? ☐ Herzinfarkt Wann:…… ☐ Rhythmusstörungen Wann:…… ☐ Sonstige Herzerkrankung: …… Wann:…… Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das? ……	☐ ja ☐ nein
50.	Autoimmunerkrankungen (z.B. Rheuma, Lupus…) Wenn ja, welche? ……... Werden oder wurden Sie deswegen behandelt? Wenn ja, wie werden Sie behandelt? ……	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
51.	Hypertonie (Bluthochdruck) Wenn ja, wie hoch (ca.)? ……../……..	☐ ja ☐ nein
52.	Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Cholesterin) Wenn ja, wie hoch (ca.)? ……../……..	☐ ja ☐ nein
53.	Häufige Gelenkschmerzen	☐ ja ☐ nein
54.	TIA (Transitorische ischämische Attacke = leichter Schlaganfall, nicht länger als 24 Std). Wenn ja, wann? …… Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das? ……	☐ ja ☐ nein
55.	Schlaganfall Wenn ja, wann? …… Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das? ……	☐ ja ☐ nein
56.	Gefäßerkrankung (z.B. Arteriosklerose) Wenn ja, welche? ……...	☐ ja ☐ nein
57.	Krampfadern Wenn ja, werden oder wurden Sie deswegen behandelt?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
58.	Welche anderen Erkrankungen, die hier nicht genannt sind, haben oder hatten Sie? …… ……	
59.	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? …….. seit wie vielen Jahren ……..	☐ ja ☐ nein
60.	Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich? Wöchentlich etwa …… Monatlich etwa ……	☐ kein Alkohol

Gerinnungsdiagnostik

Familienanamnese

Zur Abklärung einer angeborenen Gerinnungsstörung

61. Wie viele (eigene) Kinder haben Sie? …….. Kinder
In welchem Jahr sind Ihre Kinder geboren?
1. Kind: ……. 2. Kind: ……. 3. Kind: …….. 4. Kind: …….

62. Wie viele Geschwister (auch Halbgeschwister) haben Sie? …….. Geschwister
Geburtsjahr der Geschwister:
1. Geschw: …….. 2. Geschw: ……. 3. Geschw: …… 4. Geschw: ……

63. Hatte jemand in Ihrer engeren Familie schon einmal eine Thrombose oder Blutungsneigung? (engere Familie = Sohn, Tochter, Bruder, Schwester, Vater, Mutter, Großvater, Großmutter)
Wenn ja, schreiben Sie bitte in die Tabelle:

a) Welches Familienmitglied? (wenn Großeltern, geben Sie bitte auch an, ob Väterlicherseits (V) oder Mütterlicherseits (M))
b) Wie alt war das Familienmitglied, als es die Thrombose / Blutungsneigung bekam?
c) Hat er / sie ein Medikament gegen die Thrombose eingenommen, z.B. Marcumar?

Familienmitglied	hatte im Alter von	Thrombose	Blutungsneigung	nahm Marcumar o.ä.
	…….Jahren	☐	☐	☐
	…….Jahren	☐	☐	☐
	…….Jahren	☐	☐	☐

64. Hatten andere Verwandte bereits eine Thrombose oder Blutungsneigung? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, schreiben Sie bitte in die Tabelle, welcher Verwandte und kreuzen Sie an, ob er / sie eine Thrombose oder Blutungsneigung hatte.

Verwandte / r	Thrombose	Blutungsneigung
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

65. Gab es in Ihrer Familie oder Verwandtschaft schon einmal Fehlgeburten oder Totgeburten?
Wenn ja, bei wem? ☐ ja ☐ nein

Verwandte / r	Fehlgeburten	Totgeburten
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

Gerinnungsdiagnostik

Einverständnis-Erklärung

Genetische Untersuchungen und Datenschutz

Ich bestätige, dass ich gemäß des Gendiagnostikgesetzes für mich bzw. mein Kind aufgeklärt und genetisch beraten wurde über:

- die Bedeutung und die Konsequenzen der geplanten Untersuchung
- Art und Umfang der Untersuchung
- Anspruch auf genetische Beratung
- mein Recht auf Widerruf der Erklärung und mein Recht auf Nicht-Wissen
- die gesetzliche Vorschrift zur Vernichtung der Ergebnisse nach 10 Jahren
- die Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung

Ich willige ein: (Unzutreffendes streichen)

- zur Blutabnahme
- zur Mitteilung des Befundes an mich und meine behandelnden Ärzte
- zur Weiterleitung der Probe an ein spezialisiertes Labor
- zur anonymen Verwendung der Probe für interne Kontrollzwecke
- dass die Ergebnisse entgegen der gesetzlichen Regelung länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können
- zur Mitteilung an nahe Verwandte, falls sie sich für eine Familienuntersuchung vorstellen. Wir werden diese nicht aktiv ansprechen. Es steht Ihnen frei, Ihre Kinder, Geschwister oder Eltern zu informieren, dass sie ggf. auch von einer erblichen Veranlagung oder Erkrankung betroffen sind.

....

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten

Ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten .....

Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten

Ersatzweise Erklärung des verantwortlichen Arztes:

Der Patient wurde nach Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und ist mit der Blutabnahme und der angeforderten Untersuchung einverstanden.

....

Ort, Datum Unterschrift des Arztes

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Einverständniserklärung zur Datenübermittlung und -verarbeitung (Art. 6 und Art. 7 DS-GVO)

Liebe Patientin, lieber Patient,
bedingt durch die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) benötigt unsere Praxis für die Versendung der Labor-Untersuchung, die sich bei Ihnen im Rahmen der Diagnostik als erforderlich erweisen und die wir an weitere Laboratorien überweisen, Ihre Zustimmungserklärung.
Bitte lesen Sie die anhängende Einverständniserklärung und geben Sie diese dann unterschrieben an uns zurück.
Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Gerinnungsdiagnostik

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Einverständniserklärung zur Datenübermittlung und -verarbeitung (Art. 6 und Art. 7 DS-GVO)

Ich wurde darüber informiert, dass es im Rahmen meiner Behandlungen bzw. der Behandlungen meines Kindes notwendig sein kann, labormedizinische Untersuchungen durchführen zu lassen bzw. eine andere Stelle (z. B. Arzt, Klinik) zur Mitbehandlung herangezogen werden muss. Dabei werden auch personenbezogene Daten von mir / meinem Kind im Zusammenhang mit der Gesundheit (insbesondere Name, Geburtsdatum, Angaben zu meiner Behandlung/vorherigen Behandlungen, Versicherungsdaten) an ein mit der Untersuchung beauftragtes medizinisches Labor oder die mitbehandelnde Stelle übermittelt und dort zu Zwecken der weiterführenden Untersuchung und der ärztlichen Abrechnung erhoben, gespeichert und genutzt. In Ausnahmefällen führt das beauftragte Labor die Laboruntersuchung nicht selbst durch, sondern leitet den Auftrag an ein kooperierendes Labor weiter (Spezialuntersuchungen).

Die Ärzte der Labore bzw. die anderen mitbehandelnden Ärzte sowie deren Mitarbeiter unterliegen der gesetzlich verankerten Schweigepflicht. Die Mitarbeiter etwaig unterbeauftragter Labore wurden ebenfalls entsprechend der gesetzlichen Vorgaben zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Kontaktdaten der Labore und mitbehandelnden Stellen werden mir auf Nachfrage selbstverständlich mitgeteilt.

Hiermit erkläre ich mich für mich / mein Kind

_____

Name, Vorname *Geburtsdatum*

mit folgenden Vorgängen einverstanden: ***zutreffendes bitte ankreuzen***

□ Übermittlung an externe Auftragslaboratorien und Verarbeitung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir / meinem Kind durch externe Auftragslaboratorien zum Zweck der Bestimmung labormedizinischer Parameter.

□ Übermittlung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir / meinem Kind durch die externen Auftragslaboratorien an Speziallabore und dortige Verarbeitung zum Zwecke der Durchführung von Spezialuntersuchungen, die im Auftragslabor nicht durchgeführt werden können.

□ Übermittlung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir / meinem Kind an mitbehandelnde Ärzte, Kliniken oder andere Stellen (z. B. OP-Zentrum).

□ ausschließlich an: _____

□ Übermittlung personenbezogener Daten von mir / meinem Kind an und Verarbeitung durch externe Verrechnungsstellen zu Abrechnungszwecken.

Für die oben genannten Maßnahmen entbinde ich meinen Arzt/ meine Ärztin

_____

gegenüber den oben genannten Stellen von seiner/ ihrer ärztlichen Schweigepflicht.
Mit meiner Unterschrift willige ich in die wiederkehrende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten / der Daten meines Kindes ein. Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten / die meines Kindes ausschließlich zu o. g. Zwecken und nur im erforderlichen Maße an die genannten Stellen weitergegeben werden. Ich habe das Recht auf Auskunft über die Datenempfänger sowie die Art der dort von mir / meinem Kind erhobenen und gespeicherten Daten. Außerdem habe ich das Recht auf Korrektur und Löschung der gespeicherten Daten, soweit gesetzliche Regelungen (z. B. Mindestaufbewahrungsfrist) einer Löschung nicht entgegenstehen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen kann.

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____