

Patient/in

Name/Vorname

Geburtsdatum

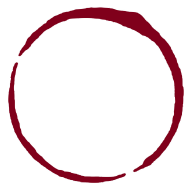
Straße

PLZ/Ort

E-mail

Telefon

Gerinnungsdiagnostik



Anmeldung und Anamnese Fragebogen

Überweisender Arzt

Name

Ort

Hausarzt (wenn Befundübermittlung gewünscht)

Name

Ort

Rechnung an (bei Privat-Versicherten)

Name, Vorname

Adresse (wenn abweichend)

Anamnese

Größe Gewicht Blutgruppe

Beruf

Grund der Überweisung

.....

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

1. Haben Sie in den letzten 10 Tagen folgende Medikamente eingenommen: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Schmerz-/Rheumamittel:
- Marcumar
- Heparin
- Thrombozytenhemmer (Aspirin, Clopidogrel, etc.)
- Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Dabigatran

2. Nehmen Sie sonstige Medikamente ein? Wie viel und wie oft?

Medikament	Dosierung	Medikament	Dosierung

3. Nehmen Sie zurzeit Hormonpräparate? (Östrogen / Testosteron) ja nein Wenn ja, welche?

.....

Aktuelle und frühere Erkrankungen

4. Wurden bei Ihnen folgende Erkrankungen festgestellt:

- Diabetes
- Lebererkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Herzerkrankungen
- Autoimmunerkrankungen
- häufige Gelenkschmerzen
- Hypertonie (wie hoch ca.?)
- erhöhte Blutfettwerte (wie hoch ca.?)
- Gefäßerkrankung (zB. Arteriosklerose)
- Krampfadern
- Allergien

5. Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viel und seit wann?

.....

6. Trinken Sie Alkohol? ja nein

Wenn ja, wie viel und wie oft?

.....



7. Hatten Sie schon einmal eine oder mehrere Thrombosen? Wenn ja, wann, und wo waren sie lokalisiert?

.....

8. Wenn ja, wie wurde(n) diese festgestellt?

- Ultraschall Computertomographie
- Kontrastmittel Szintigraphie

9. Hatten Sie bereits eine/n:

- Schlaganfall Hörsturz
- TIA Lungenembolie
- Herzinfarkt

9. Gab es vor der Thrombose:

- eine Infektion, Grippe etc. langes Sitzen/Liegen durch zB. Auto-/ Flugreise, Krankenhausaufenthalt, Verletzung
- waren sie schwanger

Blutungsneigung

11. Neigen Sie zu..

- Hämatomen (blauen Flecken) verstärkter Regelblutung
- Petechien (punktförmige Hautblutungen) spontanem Nasenbluten
- verstärktem Zahnfleischbluten

12. Hatten Sie schon Operationen? ja nein Wenn ja, wann, und welche?

.....

13. Kam es zu Blutungskomplikationen sofort oder in den ersten Tagen? Brauchten Sie eine Transfusion?

- ja nein
- ja nein

14. Ist demnächst eine Operation geplant? Wenn ja, welche, und wann?

.....

Familienanamnese Zur Abklärung einer erblichen Gerinnungsstörung

15. Hatte jemand in Ihrer engeren Familie (Eltern, Kinder, Großeltern, Cousins/Cousinen, Tanten/Onkel etc.) eine Blutungsneigung, oder ein thromboembolisches Ereignis? (Thrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt, Schlaganfall)

Familienmitglied	hatte im Alter von	Embolie, Infarkt, Thrombose etc.	Blutungsneigung
Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Gab es in Ihrer Familie oder Verwandtschaft schon einmal Fehlgeburten oder Totgeburten? ja nein

Wenn ja, bei wem, wie oft?

.....

Schwangerschaft und Regelblutung (bei Patientinnen)

17. Sind Sie schwanger? ja nein

IVF

wenn ja, Entbindungstermin:

ja nein durchgeführt fehlgeschlagen

18. Wenn Sie eine oder mehrere Entbindungen hatten, geben Sie bitte an:

Geburt

Fehlgeburt

Monat / Jahr	SSW	Geburtsgewicht	Monat / Jahr	SSW	Geburtsgewicht

19. Gab es eine Gestose (zB. Präeklampsie) oder andere Komplikationen in Ihre/n Schwangerschaften? ja nein

.....

20. Ist Ihre Regelblutung auffällig stark? ja nein

21. Wie lange dauert Ihre Regelblutung?

Wenn ja, seit wann?

- 1-5 Tage 6-7 Tage >7 Tage

22. Wenn Sie die Pille genommen haben, hat sich Ihre Regelblutung dadurch verändert?

- wurde stärker wurde schwächer blieb unverändert

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

Ich wurde darüber informiert, dass es notwendig sein kann, labormedizinische Untersuchungen durchgeführt werden müssen. Dabei werden auch personenbezogene Daten (Name, Geburtsdatum, Angaben zu meiner Behandlung, Versicherungsdaten) an ein medizinisches Labor dort zu Zwecken der weiterführenden Untersuchung und der Abrechnung erhoben, gespeichert und genutzt.

Die Ärzte der Labore, unterbeauftragter Labore sowie deren Mitarbeiter unterliegen der gesetzlich verankerten Schweigepflicht. 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:

- Übermittlung an externe Auftragslaboratorien und Verarbeitung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir zum Zweck der Bestimmung labormedizinischer Parameter.
- Übermittlung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) an Speziallabore und dortige Verarbeitung zum Zwecke der Durchführung von Spezialuntersuchungen.
- Übermittlung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir / meinem Kind an mitbehandelnde Ärzte, Kliniken oder andere Stellen (z. B. OP-Zentrum).
- 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 ein. Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten 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 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: _____

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 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

..... Ort, Datum

..... Unterschrift

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