

Anamnese zur Thrombose- und Blutungsneigung beim Erwachsenen

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Straße / PLZ / Ort _____ ☎ / mobil _____ e-mail _____

Größe (cm)	Gewicht (kg)	Allergie(n)	Blutgruppe
Nikotin (Zig/Tag)	Alkohol	Diabetes	Bluthochdruck

Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich Medikamente ein?

ja (bitte in der Tabelle angeben)

nein

Präparat	Dosis

Nehmen Sie eines der unten aufgeführten Medikamente? Falls ja, bitte unterstreichen.

Acetylsalicylsäure z.B. Alka-Seltzer®, Aspirin®, Godamed®, Herz-ASS®, Togonal®, Spalt®, ASS®, Aspro Classic® oder Thrombo-ASS®. Diclofenac (Voltaren®), Ibuprofen (Dolgit®, Ibuflam®, Ibutop®), Neuralgin extra® oder Nurofen®), Heparine, Phenprocoumon (Marcumar® oder Falithrom®), Apixaban (Eliquis®), Dabigatran (Pradaxa®), Edoxaban (Lixiana®), Rivaroxaban (Xarelto®), Clopidogrel (Plavix® oder Iscover®), Vitamine / Nahrungsergänzungsmittel / Gingko biloba- oder Johanniskrautextrakt.

Hatten Sie schon einmal eine Venenthrombose und/oder Embolie?

ja (bitte in der Tabelle angeben)

nein

Datum	Lokalisation -Bein, Lunge, Arm, Auge, Darm, Gehirn-	Auslösende Situation z.B. während oder kurz nach einer Operation, Bettlägerigkeit, Verletzung, Flugreise oder KEIN Auslöser

Hatten Sie schon einmal einen

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	Wann?	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	Wann?	<input type="checkbox"/> nein
Migräneanfall	<input type="checkbox"/> ja	Wann?	<input type="checkbox"/> nein
Verschluss einer Arterie, z.B. im Bein	<input type="checkbox"/> ja	Wann?	<input type="checkbox"/> nein

Sind Sie schon einmal operiert worden?

ja (bitte in der Tabelle angeben)

nein

Datum	Art des Eingriffs	Komplikationen

Haben Sie sonstige Erkrankungen?

Fragen zu Ihrer Familie

Sind bei Ihren Verwandten Gefäßverschlüsse der Venen und/oder Arterien aufgetreten?

Liegt bei einem Ihrer Verwandten eine Blutungsneigung vor?

ja (bitte in der Tabelle angeben)

nein

z.B. bei Mutter, Vater, Bruder, Schwester, Sohn, Tochter	Art des Ereignisses z.B. Blutung, Schlaganfall, Thrombose, Embolie, Herzinfarkt	In welchem Alter trat das Ereignis auf?

Fragen zur Blutungsneigung

Symptome	
<input type="checkbox"/> plötzliches Nasenbluten (Epistaxis)	<input type="checkbox"/> Nachblutungen nach Operationen
<input type="checkbox"/> blaue Flecken ohne Stoß/Trauma (Hämatome)	<input type="checkbox"/> unklare Einblutung in einen Muskel
<input type="checkbox"/> punktförmige Blutungen der Haut (Petechien)	<input type="checkbox"/> unklare Einblutung in ein Gelenk
<input type="checkbox"/> unklares Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> unklare Magenblutungen, Bluterbrechen
<input type="checkbox"/> Nachblutungen nach dem Zähne ziehen	<input type="checkbox"/> unklare Darmblutungen, Blut im Stuhl
<input type="checkbox"/> Einblutung im Gehirn	<input type="checkbox"/> unklares Blut im Urin
<input type="checkbox"/> schlecht abheilende Wunden, Narbenbildung	
<input type="checkbox"/> Haben Sie schon einmal Fremdblut, Blutplättchen, Blutplasma oder Gerinnungsfaktoren erhalten?	
Bei der Frau	
<input type="checkbox"/> starke Regelblutung <input type="checkbox"/> lange anhaltende Regelblutung (länger als 7 Tage) <input type="checkbox"/> starke und/oder lange Nachblutungen nach einer Entbindung (postpartale Blutungen)	
<input type="checkbox"/> andere Blutungen	
<hr/>	

Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten können Sie in der EU-Datenschutz-Grundverordnung DSGVO Art. 7-21 nachlesen (in Kraft getreten am 25. Mai 2018).

Art und Umfang der erhobenen / gespeicherten Daten, Zweck deren Verwendung:

- Vorname, Nachname, Geburtsdatum
- Anschrift, Telefonnummer (Festnetz und/oder Mobil), E-Mailadresse
- Gesundheitsdaten – Anamnese, Diagnosen, Klinische Befunde, Laborbefunde
- Krankenversicherungsdaten zu Abrechnungszwecken

Datenverarbeitung

Verarbeitet werden von uns die o.g. personenbezogenen Daten, Ihre Gesundheitsdaten und die uns zur Verfügung stehenden von mitbehandelnden Ärzten erhobenen Daten (z.B. Arztbriefe, Laborbefunde oder radiologische Befunde). Die Datenerhebung ist für eine gezielte Labordiagnostik und den daraus resultierenden Therapieempfehlungen notwendig. So ist es uns möglich, Sie sorgfältig zu betreuen.

Datenspeicherung

Entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen sind wir verpflichtet, Ihre von uns erhobenen Daten nach 10 Jahren zu vernichten. Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie uns eine Datenspeicherung über diesen Zeitraum hinaus.

Datenweitergabe an Dritte

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten in Absprache mit Ihnen und mit Ihrer schriftlichen Einwilligung an Dritte. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass eine Datenweitergabe auch per E-Mail stattfinden darf.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Einverständniserklärung nach Datenschutz-Grundverordnung

Ich, _____, geb. _____ habe die Datenschutzbestimmungen zur Kenntnis genommen und bin mit der Nutzung meiner personenbezogenen Daten einverstanden.

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

Gegebenenfalls für Sie zutreffend:

Abzuklärende Fragestellung/Genanalyse:

Einwilligungserklärung zur molekulargenetischen Diagnostik

Nach einer ausführlichen Beratung und Aufklärung gemäß § 9 Gendiagnostikgesetz stimme ich der von mir gewünschten genetischen Untersuchung und der dafür erforderlichen Probenentnahme zu. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich die Genanalyse auf die angegebene Fragestellung beschränkt und sich keine Aussagen zu anderen genetisch bedingten Erkrankungen ergeben. Mit der Aufbewahrung der Probe und der Untersuchungsergebnisse innerhalb der gesetzlichen Vorgaben bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen und die Vernichtung der Proben verlangen kann. Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 10 Gendiagnostikgesetz nach Vorliegen der Untersuchungsergebnisse eine genetische Beratung in Anspruch nehmen darf. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen.

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

Hinweis bei Abklärung einer erhöhten Blutungsneigung

Wenn Sie zur Abklärung einer Blutungsneigung in die Gerinnungsambulanz überwiesen werden, wird je nach Fragestellung eine Stufendiagnostik durchgeführt. Neben allgemeinen Gerinnungstesten, kann es in Abhängigkeit Ihrer klinischen Vorgeschichte erforderlich sein, ergänzende Untersuchungen durchzuführen.

Dies betrifft in erster Linie die Überprüfung, ob Ihre Blutplättchen (Thrombozyten) eine allgemeine oder spezifische Funktionsstörung haben. Die Kosten der hierfür erforderlichen zusätzlichen Laborteste werden nicht von gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Ob eine solche Diagnostik, das sind die Lichttransmissions-Aggregometrie der Blutplättchen (Born®, LTA) oder die Impedanzaggregometrie mittels Multiplate®, bei Ihnen notwendig bzw. therapieentscheidend ist, besprechen Sie im Rahmen Ihrer Vorstellung mit Frau Dr. med. Gudrun Balling.

Zusätzliche Testsysteme

- Thrombozytenfunktion / LTA (GOÄ 3550, 3961 x 0,8) 44,77 €
Methode: Lichttransmissions-Aggregometrie der Thrombozyten nach Born®

- Thrombozytenaggregationstest / Multiplate® (GOÄ 3961 x 0,8) 41,97 €
Methode: Impedanzaggregometrie

Betrag (€): _____

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung medizinischer Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht gesetzlicher Krankenkassen.

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich oben markierte, privatärztliche Leistung(en) in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden.

Ich weiß, dass diese Laborleistung(en) nicht erstattungsfähig ist/sind. Die Höhe der Kosten ist mir bekannt und der Betrag ist nach Rechnungstellung von mir selbst zu bezahlen.

Datum _____

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter