



Anamnesebogen zur Untersuchung auf Thrombophilie

Die Thrombophilie, eine Neigung zur Thrombose, bedeutet ein höheres Risiko für Durchblutungsstörungen in der Schwangerschaft mit erhöhtem Risiko für Implantationsstörungen, Fehlgeburten oder Plazentainsuffizienz, sowie einer manifesten Thrombose der Schwangeren. Damit kann Ihr unerfüllter Kinderwunsch auch durch dieses Risiko mit verursacht sein. Eine Behandlung bzw. eine Reduktion des Risikos ist verfügbar, daher empfehlen wir Ihnen vor einer Kinderwunschbehandlung die Untersuchung auf Thrombophilie.

Bitte beantworten Sie in Ruhe diese Fragen, die für eine richtige Beurteilung eines eventuell genetischen Risikos für Thrombophilie wesentlich sind. Hatten Sie selbst oder Mitglieder in Ihrer Familie bereits eine Thrombose, eine Durchblutungsstörung wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, oder eine verstärkte Nachblutung. In diesem Fall ist die Abklärung medizinisch indiziert. Sollten keinerlei Hinweise auf Durchblutungsstörungen bei Ihnen oder einem Familienmitglied vorliegen, ist die Untersuchung ebenfalls medizinisch empfohlen, wird aber leider nicht von Ihrer gesetzlichen Kasse übernommen. Es handelt sich dabei um eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL). In diesem Fall erhalten Sie eine Privatrechnung nach GOÄ zum ermässigten Selbstzahlertarif. Bitte machen Sie auf diesem Bogen nachfolgend alle relevanten Angaben. Die möglichst genaue Beantwortung liegt daher in Ihrem Interesse. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Fragen ungeklärt bleiben, empfehlen wir Ihnen in jedem Fall eine ausführliche genetische Beratung. Bitte rufen Sie uns an.

Fragen zur eigenen Person:

Leiden Sie an einer dauerhaften Erkrankung? wenn ja, welche? * ja nein

Wurde bei Ihnen eine genetische Erkrankung diagnostiziert? * ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Haben Sie Kinder (geboren) und wie viele (Jahr, Geschlecht, Schwangerschaftsdauer und Geburtsgewicht, Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei Geburt)?

Hatten Sie Fehlgeburten? ja nein
Wenn ja, wie viele?*

Haben Sie unerfüllten Kinderwunsch? ja nein

Wurde festgestellt, warum es nicht zur Schwangerschaft kommt? ja nein
Bitte angeben:

Bitte gebe Sie für eine evtl. Medikation Ihre Größe und Gewicht an: cm kg

Wurde eine der nachfolgenden Erkrankungen bei Ihnen festgestellt?

Schlaganfall / Herzinfarkt ja nein

Thrombose und/oder Lungenembolie ja nein

Verstärkte Nachblutung (z. B. bei OP oder Nasenbluten) ja nein

Blutarmut oder andere Blutkrankheiten ja nein

Bitte Rückseite beachten



**Fragen zu Ihrer Familie
(Kinder, Geschwister, Eltern, Tanten und Onkel, Cousins und Cousinen):**

Gibt es in Ihrer Familie gehäuft Fehlgeburten? ja nein
Wenn ja, bei wem?

Gibt es in Ihrer Familie einmal oder mehrmals Totgeburten, oder Kinder, die im ersten Lebensjahr verstorben sind? ja nein

Gibt es in Ihrer Familie einmal oder mehrfach nachfolgende Erkrankungen?
Bitte machen Sie detaillierte Angaben:

Schlaganfall / Herzinfarkt ja nein

Thrombosen / Lungenembolie ja nein

Genetische Erkrankung ja nein

Bitte angeben:

*** Bitte fügen Sie, falls möglich, Befunde bei. Vielen Dank!**

Kommentare oder Ergänzungen:

- Ich bin gesetzlich krankenversichert. Ein Überweisungsschein wird beigelegt.
- Ich bin privat krankenversichert. Die Leistungen werden mir entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt. Ich werde diese Rechnung begleichen und mit meiner Krankenkasse abrechnen. Falls die Krankenkasse die Erstattung nicht in vollem Umfang gewährleistet, müssen die Kosten von mir getragen werden.

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____