



## Anamnesebogen für Kinder

Datum der Vorstellung:

Patientendaten Name/Vorname:

Straße:

Ort:

E-mail:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Rechnungsadresse (bei Privat-Versicherten und Versicherungsnehmer): Falls abweichend:

Überweisender Arzt (Name, Adresse, Ort):

Hausarzt (falls eine Befundübermittlung erwünscht ist) (Name, Adresse, Ort):

### Eigenanamnese

Gewicht:	Größe:	BMI:
Beruf:		

Wird vom Arzt ausgefüllt

Grund der Vorstellung:
Überweisungsgrund:
Diagnosen:
Anamnese:

## Welche Medikamente nimmt ihr Kind ein?

1. Hat ihr Kind in den letzten 10 Tagen Schmerz- od. Rheumamedikamente eingenommen?  ja  nein  
 Wenn ja, welches? ..... Wie oft pro Monat? .....

2. Nimmt ihr Kind regelmäßig andere Medikamente ein?  ja  nein  
 Wenn ja, nennen Sie bitte die Medikamente und Dosierung:

Medikament	Dosierung

## Aktuelle und frühere Erkrankungen

3. Hat ihr Kind aktuell eine fieberhafte Erkältung oder Bronchitis?  ja  nein

4. Hat ihr Kind aktuell eine Infektion?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? .....

5. Sind Erkrankungen bei ihrem Kind bekannt?  ja  nein  
 Wenn ja welche?

6. Diabetes (Zuckerkrankheit)  ja  nein

7. Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis)?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? .....

8. Nierenerkrankungen?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? .....

9. Herzerkrankungen?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? .....

10. Autoimmunerkrankungen?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? .....

- Wird oder wurde ihr Kind deswegen behandelt?  ja  nein  
 Wenn ja, wie wird ihr Kind behandelt? .....

11. Welche anderen Erkrankungen, die hier nicht genannt sind, hat oder hatte ihr Kind?

.....



## Thrombosen und Embolien

	1. Thrombose	2. Thrombose	3. Thrombose
<b>24.</b>	Zeitpunkt der Thrombose/n (Monat/Jahr)		
	...../.....	...../.....	...../.....
<b>25.</b>	Welche Thrombose war dies und welcher Körperteil war dabei betroffen? Bitte ankreuzen		
	<input type="checkbox"/> oberflächliche Thrombose (Phlebitis) <input type="checkbox"/> Muskelvenenthrombose <input type="checkbox"/> tiefe Venenthrombose <input type="checkbox"/> Bauchgefäß-Verschluss <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> oberflächliche Thrombose (Phlebitis) <input type="checkbox"/> Muskelvenenthrombose <input type="checkbox"/> tiefe Venenthrombose <input type="checkbox"/> Bauchgefäß-Verschluss <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> oberflächliche Thrombose (Phlebitis) <input type="checkbox"/> Muskelvenenthrombose <input type="checkbox"/> tiefe Venenthrombose <input type="checkbox"/> Bauchgefäß-Verschluss <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> weiß nicht
	<input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Beckenvene <input type="checkbox"/> Armvene <input type="checkbox"/> Schlüsselbeinvene <input type="checkbox"/> Sinusvene <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Beckenvene <input type="checkbox"/> Armvene <input type="checkbox"/> Schlüsselbeinvene <input type="checkbox"/> Sinusvene <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Beckenvene <input type="checkbox"/> Armvene <input type="checkbox"/> Schlüsselbeinvene <input type="checkbox"/> Sinusvene <input type="checkbox"/> andere
	<input type="checkbox"/> linke Seite <input type="checkbox"/> rechte Seite	<input type="checkbox"/> linke Seite <input type="checkbox"/> rechte Seite	<input type="checkbox"/> linke Seite <input type="checkbox"/> rechte Seite
<b>26.</b>	Mit welcher Untersuchung wurde/n die Thrombose bzw. Lungenembolie festgestellt?		
	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Ultraschall
	<input type="checkbox"/> Szintigraphie	<input type="checkbox"/> Szintigraphie	<input type="checkbox"/> Szintigraphie
	<input type="checkbox"/> Computertomographie	<input type="checkbox"/> Computertomographie	<input type="checkbox"/> Computertomographie
<b>27.</b>	Hat ihr Kind in der Zeit vor der Thrombose eine Reise gemacht, bei der es länger als 4 Std. sitzen mussten?		
	<input type="checkbox"/> ja (Flugzeug/ Auto) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Flugzeug/ Auto) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Flugzeug/ Auto) <input type="checkbox"/> nein
<b>28.</b>	Musste ihr Kind in der Zeit vor der Thrombose längere Zeit liegen?		
	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Gips (am Bein oder Fuß) <input type="checkbox"/> Verletzung: anderer Grund: Dauer:	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Gips (am Bein oder Fuß) <input type="checkbox"/> Verletzung: anderer Grund: Dauer:	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Gips (am Bein oder Fuß) <input type="checkbox"/> Verletzung: anderer Grund: Dauer:
<b>29.</b>	Hatte ihr Kind in den Wochen vor der Thrombose eine Infektion oder Fieber?		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>30.</b>	Hatte ihr Kind vor der Thrombose eine ungewohnte körperliche Belastung oder Überanstrengung, wenn ja, welche?		

## Familienanamnese

**31.** Wie viele Geschwister (auch Halbgeschwister) hat ihr Kind? ..... Geschwister

Geburtsjahr der Geschwister:

1. Geschw: ..... 2. Geschw: ..... 3. Geschw: ..... 4. Geschw: .....

**32.** Hatte jemand in der engeren Familie ihres Kindes 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**33.** Hatten andere Verwandte bereits eine Thrombose oder Blutungsneigung?  ja  nein

Wenn ja, vervollständigen Sie folgende Tabelle:

Verwandte / r	Blutungsneigung	Thrombose
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte bestätigen Sie mit ihrer Unterschrift, dass Sie alle Angaben nach bestem Wissen gemacht haben.

Datum, Unterschrift X  
 .....

## Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen und Datenschutz

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für die Durchführung der genetischen Untersuchung.  
Ich bin damit einverstanden, dass....

- das erforderliche Untersuchungsmaterial entnommen wird.
- die Proben für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für die weiterführende genetische Analysen zur Diagnosefindung verwendet und aufbewahrt wird.
- das Probenmaterial evtl. an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet wird.
- das Untersuchungsmaterial für die Qualitätssicherung aufbewahrt und verwendet werden kann.
- ich und der behandelnde Arzt (sowie mitbehandelnde Arzt/Ärzte/Vertretungsärzte) über das Ergebnis informiert werden.

Jeder Punkt dieser Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden, mit der Folge, dass die Untersuchung ggf. abgebrochen wird.

Ich wurde beraten und aufgeklärt und bin mit der Probenentnahme und der angeforderten Analyse einverstanden.

X

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift des Patienten/ges. Vertreters

.....  
Unterschrift verantw. Arzt