

Anamnesebogen Varizen-SSKL



Name:

Geburtsdatum:

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

Ja

Nein

(zB Marcoumar, Eliquis, Lixiana, Pradaxa, Plavix ...)

wenn ja, welche:

Haben Sie Allergien?

Ja

Nein

wenn ja, welche:

Nehmen Sie Immunsuppressiva?

Ja

Nein

wenn ja, welche:

Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung oder Thromboseneigung?

Ja

Nein

Hatten Sie schon eine Thrombose oder Lungenembolie? Ja

Nein

Haben Sie ein offenes Forum ovale?

Ja

Nein

Neigen Sie zu Migräneanfällen?

Ja

Nein