

Name: _____ **Vorname:** _____

Geb.-Dat.: _____ **Telefon:** _____ **Mobil:** _____

Email: _____

Warum kommen Sie zu uns?

- wegen einer Thrombose / Embolie / Herzinfarkt / Schlaganfall
- wegen Blutungsproblemen
- Familienuntersuchung bei Thrombose / Embolie / Herzinfarkt / Schlaganfall bei Verwandten
- Familienuntersuchung bei Blutungsproblemen bei Verwandten
- anderes, nämlich: _____

Besteht eine Schwangerschaft?

- Ja, welche Schwangerschaftswoche: _____
- Nein

Rauchen Sie?

- Ja, wieviele Zigaretten pro Tag: _____
- Nein

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Fragen zu Blutungsproblemen

Besteht eine Neigung zu spontanen Blutungen?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche Art von Blutungen bestehen?

- Zahnfleischblutungen
- Nasenbluten, wie oft pro Monat: _____
- Vermehrt spontane blaue Flecken
- Flohstichartige Blutungen der Haut
- Gelenkblutungen
- Sonstige ungewöhnliche Blutungen, welche: _____

Sind Sie schon einmal operiert worden (auch Zahnentfernungen)?

- Ja
- Nein

Tragen Sie bitte das Jahr und die Art der Operation ein. Gab es Komplikationen, wie z. B. Blutungen oder Nachblutungen?

Jahr	Art des Eingriffs	Komplikationen? Welche?

Haben Sie jemals Blutkonserven oder Plasmaprodukte erhalten?

- Ja, Anlaß: _____
- Nein

Hatten Sie jemals eine Blutarmut (Anämie)?

- Ja, ggf. Behandlung mit (z. B. Eisen oder Vit. B12): _____
- Nein

Besteht eine starke und/oder lange Monatsblutung?

- Ja
 Nein

Schwangerschaftsvorgeschichte**Hatten Sie Geburten?**

- Ja, wieviele: _____, in welchen Jahren: _____, wieviele Kinder: _____
 Nein

Gab es Schwangerschaftskomplikationen wie (Prä-)Eklampsie, HELLP-Syndrom, Diabetes?

- Ja, wann, welche Woche und was: _____
 Nein

Gab es Frühgeburten vor der 38. SSW?

- Ja, in welchen Jahren: _____, in welcher Woche jeweils: _____
 Nein

Gab es Fehl- oder Totgeburten?

- Ja, in welchen Jahren: _____, in welcher Woche jeweils: _____
 Nein

Sind oder waren Sie in einer Kinderwunschbehandlung

- Ja, wieviele Stimulationen: ____ Inseminationen: ____ IVF: ____ ICSI: ____
 Nein

Thrombosen, Lungenembolie**Hatten Sie jemals eine Thrombose und/oder eine Lungenembolie?**

- Ja, bitte die folgende Tabelle ausfüllen.
 Nein

Jahr	Ort (Bein, Lunge, Arm, Darm, Gehirn, andere)	Auslösende Faktoren: z. B. Operation, Bettlägerigkeit, lange Reise, Hormone, Verletzung, Kortisongabe.

Arterielle Gefäßverschlüsse**Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?**

- Ja, wie oft: ____ und wann jeweils: _____
 Nein

Hatten Sie jemals einen Schlaganfall?

- Ja, wie oft: ____ und wann jeweils: _____
 Nein

Hatten Sie jemals einen Infarkt einer Darmschlagader?

- Ja, wie oft: ____ und wann jeweils: _____
 Nein

Hatten Sie jemals einen Verschluss einer Beinarterie?

- Ja, wie oft: ____ und wann jeweils: _____
 Nein

Anderen Verschluss (z. B. Auge)?

- Ja, wo: _____, wie oft: ____ und wann jeweils: _____
 Nein

Familienanamnese

Gibt es in Ihrer Verwandtschaft Personen mit einer Blutungsneigung und/oder mit Gefäßverschlüssen?

- Ja, bitte die folgende Tabelle ausfüllen.
 Nein

Schwester, Bruder, Vater, Mutter, Tochter, Sohn, Großeltern, etc..	Art des Ereignisses, z. B. Blutungsneigung, Thrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt, etc.?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich Medikamente ein?

- Ja, bitte in folgenden Tabelle auflisten
 Nein

Präparatename / Wirkstoff	Dosis

Haben Sie an alle Medikamente gedacht? Hier noch einmal eine Auflistung häufig genommener Medikamente:

- Schmerzmittel: ASS, Aspirin, Godamed, Thomapyrin, Spalt, Togat
- Clopidogrel, Plavix oder Iscover;
- Marcumar, Coumadin o. ä.
- Rheumamittel: Diclofenac, Ibuprofen
- Thrombosespritzen (z. B. Heparin, Clexane, Fragmin)
- Kortison, Vitamine

Andere Erkrankungen

Bestehen andere Erkrankungen, z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörung?

- Ja, bitte in folgender Tabelle auflisten
 Nein

Erkrankung	Jahr der Erstdiagnose

Vielen Dank für Ihre Mühe. Ihre Gerinnungspraxis.