

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: _____

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 Zahntentfernungen)?

- 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

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, 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.?

