

**Persönliche Daten:**

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Festnetznummer:	Mobilnummer:	
Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg	Raucherin? <input type="checkbox"/> ja, _____ Zig./ Tag <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?      nein    ja      Schwangerschaftswoche? _____		

**Grund der Untersuchung?**

- Thrombose/ Embolie/ Herzinfarkt/ Schlaganfall     Thrombose/ Embolie/ Herzinfarkt/ Schlaganfall i. d. Familie  
 Blutungsprobleme     Blutungsprobleme i. d. Familie      andere: \_\_\_\_\_

**Bestehen bei Ihnen folgende Blutungsproblematiken**

- |                                               |                                                                                    |                                   |                                                           |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Vermehrte spontan auftretende „blaue Flecken“ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                          | Zahnfleischbluten                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Flohstichartige Hauteinblutungen              | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                          | Gelenk-/ Muskeleinblutungen       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Blut im Stuhl oder/und Urin                   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                          | Hirnblutungen                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Nasenbluten                                   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; wie oft im Monat: _____ |                                   |                                                           |
| Verstärkte Menstruationsblutung               | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                          | Sonstige ungewöhnliche Blutungen: |                                                           |
| Die Menstruation dauert länger als 5 Tage     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                          | _____                             |                                                           |
| Sind Sie bereits operiert worden?             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                          | _____                             |                                                           |

Wenn ja, tragen Sie bitte Jahr, Art der Operation und evtl. Komplikationen ein (Blutungen, Nachblutungen, Wundheilungsstörungen, notwendige Folgeeingriffe, etc.)

Jahr	Art des Eingriffs	Komplikationen? Welche?

Haben Sie jemals Blutkonserven oder Plasma erhalten?  nein  ja

Hatten Sie jemals eine Blutarmut (Anämie)?  nein  ja      Wie wurde behandelt (z.B. Gabe von Eisen oder Vitamin B12)?  
 \_\_\_\_\_

**Schwangerschaftsvorgeschichte:**

Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_      Wann geboren: \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft (z.B. Eklampsie, HELLP-Syndrom, Diabetes)?  nein  ja

Hatten Sie eine/ mehrere Fehlgeburten?  nein  ja      wann \_\_\_\_\_

In welchen Schwangerschaftswochen? \_\_\_\_\_

Sind oder waren Sie in einer Kinderwunschbehandlung?  nein  ja

Wenn ja, wie viele Inseminationen: \_\_\_\_\_      wie viele IVF: \_\_\_\_\_      wie viele ICSI: \_\_\_\_\_      b. w.>

# Gerinnungsfragebogen Frau

## Verschlüsse der Venen (Thrombosen, Lungenembolien)

Hatten Sie jemals Verschlüsse der Venen (Thrombosen und/oder Lungenembolien)?  nein  ja

Wenn ja, bitte in die Tabelle eintragen:

Jahr	Ort (Bein, Lunge, Arm, Auge, Darm, Hirn, andere)	Auslösende Situation (OP, Bettlägerigkeit, Verletzungen, Schwangerschaft, „Pille“) Welche? / Keine Auslöser.

## Arterielle Gefäßverschlüsse

Hatten Sie jemals Verschlüsse der Arterien (Infarkt)?  nein  ja

Wenn ja, bitte in die Tabelle eintragen:

Jahr	Herzinfarkt? Schlaganfall? Darmschlagader? Auge? Verschluss einer Extremität (Arm / Bein)?	Auslösende Situation (OP, Bettlägerigkeit, Verletzungen, Schwangerschaft, „Pille“) Welche? / Keine Auslöser.

## Familienanamnese:

Litt oder leidet einer oder mehrere Ihrer Familienangehörigen an Blutungsneigung Gefäßverschlüssen?  nein  ja

Wenn ja, bitte in die Tabelle eintragen:

Verwandtschaftsgrad Schwester, Bruder, Vater, Mutter, Tochter, Sohn?	Art der Erkrankung, z.B. Blutungsneigung, Thrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt, Schlaganfall

## Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  nein  ja (siehe Tabelle)

Schmerzmittel/ Antikoagulantien:	Dosis:	zuletzt eingenommen:
ASS, Aspirin, Godamed, Thomapirin, Spalt, Togat		
Clopidogrel (Plavix od. Iscover)		
Marcumar/ Coumadin? Xarelto? Pradaxa? Eliquis? Lixiana?		
Diclofenac, Ibuprofen		
Thrombosespritzen (z.b. Heparin, Clexane, Fragmin P)		
Kortison		
andere		