

**Persönliche Daten:**

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

**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“     nein  ja  
 Zahnfleischbluten     nein  ja  
 Flohstichartige Hauteinblutungen     nein  ja  
 Gelenk-/ Muskeleinblutungen     nein  ja  
 Blut im Stuhl oder/und Urin     nein  ja  
 Hirnblutungen     nein  ja  
 Nasenbluten     nein  ja; wie oft im Monat: \_\_\_\_\_  
 Sonstige ungewöhnliche Blutungen: \_\_\_\_\_

Sind Sie bereits operiert worden?     nein  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)?

\_\_\_\_\_

# Gerinnungsfragebogen Mann

## 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, Togonal		
Clopidogrel (Plavix od. Iscover)		
Marcumar/ Coumadin? Xarelto? Pradaxa? Eliquis? Lixiana?		
Diclofenac, Ibuprofen		
Thrombosespritzen (z.b. Heparin, Clexane, Fragmin P)		
Kortison		
andere		