

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

E-Mail: _____ **Tel./Mobil:** _____

Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg **Alkohol:** nein ja

Nikotin: nein ja (Zig./Tag.: _____) **Blutgruppe:** 0 | A | B | AB | unbekannt

Hatten Sie schon einmal eine/n

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann?				
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann?				
Arterielle Thrombose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann?	Auslösende Situation	Lokalisation Ort der Thrombose		
Venöse Thrombose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann?	Auslösende Situation	Lokalisation Ort der Thrombose		
Lungenembolie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann?	Auslösende Situation	Lokalisation Ort der Lungenembolie		
					<input type="checkbox"/> zentral	<input type="checkbox"/> peripher	
					<input type="checkbox"/> zentral	<input type="checkbox"/> peripher	
					<input type="checkbox"/> zentral	<input type="checkbox"/> peripher	

Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich Medikamente ein?

nein ja (bitte in der Tabelle angeben)

Präparat	Dosis

Präparat	Dosis

Begleiterkrankungen:

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | Hämatologische Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Koronare Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Klappenersatz | <input type="checkbox"/> | Rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige: | <input type="checkbox"/> | _____ | |

Operative Eingriffe in der Vergangenheit:

nein ja (bitte in der Tabelle angeben)

Datum	Art des Eingriffs	Blutungskomplikation/ Wundheilungsstörung	
		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Fragen zu Ihrer Familie:

Sind bei Ihren Verwandten Gefäßverschlüsse der Venen und/oder Arterien aufgetreten?
Liegt bei einem Ihrer Verwandten eine Blutungsneigung vor?

z.B. bei Mutter, Vater, Sohn Bruder, Schwester, Tochter	Art des Ereignisses, z.B. Blutung, Schlaganfall, Thrombose, Embolie, Herzinfarkt	In welchem Alter trat das Ereignis auf?

Fragen an die Frau:

Sind Sie aktuell schwanger?	<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja →	Aktuelle Woche: _____ Spritzen Sie sich aktuell Heparin? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja z.B. Enoxaparin, Dalteparin			
<input type="checkbox"/> Fehlgeburt/en	Wann	In welcher Woche?				
<input type="checkbox"/> Entbindung/en	Wann	Spontan	Einleitung	Kaiserschnitt	Blutungskomplikation	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie die Pille ein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann? _____		Welche? _____	
Aktueller Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				
Monatsblutung	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> verstärkt	<input type="checkbox"/> verlängert (+ 7 Tage)	<input type="checkbox"/> keine		

Fragen zur Blutungsneigung:

Heilen Ihre Wunden schlecht ab?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Beobachten Sie vermehrt Nasenbluten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Blaue Flecke (1-2 mal pro Woche, am Körperumpf und anderen ungewöhnlichen Stellen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Spontane Gelenk- oder Muskel-/Weichteilblutungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Zahnfleischbluten und Blutungen der Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Blutungen nach Schnitt- oder Schürfwunden (z.B. durch Rasieren)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Blutungen während oder nach dem Ziehen von Zähnen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja