

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Thrombophilie / Hämophilie
Fragebogen Frau ♀



Arztstempel

**Bitte Überweisung mit
 Untersuchungsauftrag mitsenden!**

Persönliche Daten

Name:		Vorname:	
Geb.-Datum:		Tel.-Nr. tagsüber:	
Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg	Mobil-Nr.:	
Raucherin? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wie viele? _____ Zig./Tag	Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Woche? _____
Grund der Untersuchung:		Erster Tag der letzten Monatsblutung: _____ . _____ . 20	

Bestanden oder bestehen bei Ihnen folgende Blutungen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutungen während oder nach operativen Eingriffen			Flohstichartige Hautblutungen		
Vermehrte blaue Flecken			Hirnblutung		
Blut im Urin/Stuhl			Verstärkte Monatsblutung		
Gelenk-/Muskelblutung			Monatsblutung länger als 5 Tage		
Nasenbluten / Zahnfleischbluten			Wenn ja, wie viele Tage dauert diese?		

Bitte listen Sie Ihre operativen Eingriffe und evtl. Komplikationen auf:

Jahr	Art des Eingriffs	Komplikation?

Blutarmut (Anämie)	Ja	Nein
Haben Sie jemals Bluttransfusionen erhalten?		
Wurden Sie jemals wegen Blutarmut (Anämie) behandelt, z.B. mit Eisen, Vitamin B12?		

Hatten Sie jemals Verschlüsse der Venen (Thrombose/Embolie)?

Monat/Jahr	Ort (Bein, Lunge, Arm, Auge, Darm, Hirn, andere?)	Auslösende Situation wie OP, Bettlägerigkeit, "Pille", Verletzung, Kortison?



0044 0121 01

Hatten Sie jemals Verschlüsse der Arterien (Infarkt)?

Monat/Jahr	Herzinfarkt? Schlaganfall? Verschluss einer Extremität (Arm/Bein), Darm, Auge?	Auslösende Situation wie OP, Bettlägerigkeit, "Pille", Verletzung, Kortison?

Leiden Familienangehörige an o.g. Erkrankungen (Blutungsneigung, Thrombose, Embolie, Verschlüsse der Arterien) ?

Verwandschaftsgrad	Art der Erkrankung
Eltern	
Geschwister	
Kinder	
andere	

Schwangerschaftsvorgeschichte / gynäkologische Erkrankungen	Ja	Nein
Schwangerschaftskomplikationen, wenn ja, welche?		
Endometriose bekannt?		
Myome der Gebärmutter bekannt?		
Anzahl Kinder? _____ In welchen Jahren geboren?		
Anzahl Fehlgeburten? _____ In welcher SSW / in welchem Jahr?		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Marcumar/Coumadin? Xarelto? Pradaxa? Eliquis?
ASS=Aspirin? Clopidogrel? Efient? Aggrenox? Brilique?
Schmerzmittel? Bitte auch Bedarfsmedikation angeben:
Thrombosespritzen? Arixtra?
Kortison?
Verhütung (Name der Pille, Spirale, Implanon, 3 Monatsspritze usw.)?
Hormone (z.B. zur Vermeidung von Wechseljahresbeschwerden)?
Bitte alle weiteren Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel angeben:
Arzneimittelunverträglichkeiten?
Sonstige Allergien?

Bestand zum Zeitpunkt der Blutentnahme eine Antikoagulation ("Blutverdünnung")?	Ja	Nein
Falls ja, welche:		

Unterschrift Ärztin/Arzt: _____

Datum, Unterschrift

