

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**

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

