

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



Thrombophilie / Hämophilie
Fragebogen Mann ♂



Arztstempel

Bitte Überweisung mit Untersuchungsauftrag mitsenden!

Persönliche Daten

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

Bestanden oder bestehen bei Ihnen folgende Blutungen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutungen während oder nach operativen Eingriffen			Flohstichartige Hautblutungen		
Vermehrte blaue Flecken			Nasenbluten / Zahnfleischbluten		
Blut im Urin/Stuhl			Hirnblutung		
Gelenk-/Muskelblutung					

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, Verletzung, Kortison?



Hatten Sie jemals Verschlüsse der Arterien (Infarkt)?

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

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

Verwandschaftsgrad	Art der Erkrankung
Eltern	
Geschwister	
Kinder	
andere	

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Marcumar/Coumadin? Xarelto? Pradaxa? Eliquis?
ASS=Aspirin? Clopidogrel? Efient? Aggrenox? Brilique?
Schmerzmittel? Bitte auch Bedarfsmedikation angeben:
Thrombosespritzen? Arixtra?
Kortison?
Hormone (z.B. Testosteron)?
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