

Thromboseneigung

Praxisstempel

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Fragebogen dient der Beurteilung einer Thromboseneigung. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen. Bei Unklarheiten besprechen Sie diese gemeinsam mit dem behandelnden Arzt.

Name, Vorname geb. am

Größe Gewicht

Ist in **Ihrer Familie** eine **Blutgerinnungsstörung**, z. B. Verschluss (Thrombose/Embolie) von Blutgefäßen der Beine/Arme und/oder der Lunge, bekannt oder ist ein Schlaganfall oder Herzinfarkt aufgetreten?

Ja Nein

Wenn ja, bei wem und was? _____

Gibt es Untersuchungsbefunde dazu?

Ja Nein

Wenn ja, bei wem und wo wurden sie erhoben? _____

Trat **bei Ihnen** schon einmal ein **Verschluss (Thrombose/Embolie) von Blutgefäßen** auf?

Ja Nein

Wenn ja, was und wann (Jahr)? _____

Welcher Körperteil / welches Organ war betroffen? _____

Wissen Sie, in welchem Zusammenhang es auftrat? Wenn ja, füllen Sie bitte die folgende Tabelle aus.

Situation		Jahr
Pilleneinnahme (Hormone) Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schwangerschaft/Geburt/Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Immobilisation/Bettlägerigkeit (Gips, Trauma, Verband, Operation)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Krebserkrankung Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Fernreise (Flugzeug/Bus/Auto) Wie lange dauerte die Fahrt / der Flug? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Wenn ja, wie lange haben Sie bis zu dem Vorfall geraucht? _____ Wie hoch war/ist Ihr täglicher Zigarettenkonsum? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hatten oder haben Sie Krampfadern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Hatten Sie schon einmal einen **Herzinfarkt** oder einen **Schlaganfall**?

Ja Nein

Wenn ja, was und wann (Jahr)? _____

Wissen Sie, in welchem Zusammenhang es auftrat? Wenn ja, füllen Sie bitte die folgende Tabelle aus.

Situation		Jahr
Pilleneinnahme (Hormone) Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schwangerschaft/Geburt/Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Krebserkrankung Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Wenn ja, wie lange haben Sie bis zu dem Vorfall geraucht? _____ Wie hoch war/ist Ihr täglicher Zigarettenkonsum? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ist bei Ihnen eine Fettstoffwechselstörung, Bluthochdruck oder Diabetes bekannt? Wenn ja, was? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Bei Frauen: Traten bei Ihnen schon eine oder mehrere Fehlgeburten auf?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele und in welcher Schwangerschaftswoche? _____

Medikamente

Nehmen Sie Blutverdünner ein?

Ja Nein

Wenn ja, welchen Blutverdünner nehmen Sie? _____

In welcher Dosierung? _____

Welche anderen Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Bitte geben Sie auch weitere Präparate wie Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Schmerzmittel, pflanzliche Präparate etc. an!

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten