Persönliche Daten:

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Festnetznummer:	Mobilnummer:	
Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg	Raucherin? ☐ ja, _____ Zig./ Tag ☐ nein
Sind Sie schwanger? ☐ nein ☐ ja Schwangerschaftswoche? _____ vorauss. Entbindungstermin: _____		

Grund der Untersuchung?

- Thrombose/ Embolie/ Herzinfarkt/ Schlaganfall Thrombose/ Embolie/ Herzinfarkt/ Schlaganfall i. d. Familie
 Blutungsprobleme Blutungsprobleme i. d. Familie andere: _____

Bestehen bei Ihnen folgende Blutungsproblematiken

Vermehrte spontan auftretende „blaue Flecken“	☐ nein ☐ ja	Zahnfleischbluten	☐ nein ☐ ja
Flohstichartige Hauteinblutungen	☐ nein ☐ ja	Gelenk-/ Muskeleinblutungen	☐ nein ☐ ja
Blut im Stuhl oder/und Urin	☐ nein ☐ ja	Hirnblutungen	☐ nein ☐ ja
Nasenbluten	☐ nein ☐ ja; wie oft im Monat: _____		
Verstärkte Menstruationsblutung	☐ nein ☐ ja	Sonstige ungewöhnliche Blutungen:	
Die Menstruation dauert länger als 5 Tage	☐ nein ☐ ja	_____	
Sind Sie bereits operiert worden?	☐ nein ☐ ja	_____	

Wenn ja, tragen Sie bitte Jahr, Art der Operation und evtl. Komplikationen ein (Blutungen, Nachblutungen, Wundheilungsstörungen, notwendige Folgeeingriffe, etc.)

Jahr	Art des Eingriffs	Komplikationen? Welche?

Haben Sie jemals Blutkonserven oder Plasma erhalten? nein ja

Hatten Sie jemals eine Blutarmut (Anämie)? nein ja Wie wurde behandelt (z.B. Gabe von Eisen oder Vitamin B12)?

Schwangerschaftsvorgeschichte:

Anzahl der Kinder _____ Wann geboren: _____

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft (z.B. Eklampsie, HELLP-Syndrom, Diabetes)? nein ja

Hatten Sie eine/ mehrere Fehlgeburten? nein ja wann _____

In welchen Schwangerschaftswochen? _____

Sind oder waren Sie in einer Kinderwunschbehandlung? nein ja

Wenn ja, wie viele Inseminationen: _____ wie viele IVF: _____ wie viele ICSI: _____ b. w.>

Gerinnungsfragebogen Frau

Verschlüsse der Venen (Thrombosen, Lungenembolien)

Hatten Sie jemals Verschlüsse der Venen (Thrombosen und/oder Lungenembolien)? nein ja

Wenn ja, bitte in die Tabelle eintragen:

Jahr	Ort (Bein, Lunge, Arm, Auge, Darm, Hirn, andere)	Auslösende Situation (OP, Bettlägerigkeit, Verletzungen, Schwangerschaft, „Pille“) Welche? / Keine Auslöser.

Arterielle Gefäßverschlüsse

Hatten Sie jemals Verschlüsse der Arterien (Infarkt)? nein ja

Wenn ja, bitte in die Tabelle eintragen:

Jahr	Herzinfarkt? Schlaganfall? Darmschlagader? Auge? Verschluss einer Extremität (Arm / Bein)?	Auslösende Situation (OP, Bettlägerigkeit, Verletzungen, Schwangerschaft, „Pille“) Welche? / Keine Auslöser.

Familienanamnese:

Litt oder leidet einer oder mehrere Ihrer Familienangehörigen an Blutungsneigung Gefäßverschlüssen? nein ja

Wenn ja, bitte in die Tabelle eintragen:

Verwandtschaftsgrad Schwester, Bruder, Vater, Mutter, Tochter, Sohn?	Art der Erkrankung, z.B. Blutungsneigung, Thrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt, Schlaganfall

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja (siehe Tabelle)

Schmerzmittel/ Antikoagulantien:	Dosis:	zuletzt eingenommen:
ASS, Aspirin, Godamed, Thomapirin, Spalt, Togat		
Clopidogrel (Plavix od. Iscover)		
Marcumar/ Coumadin? Xarelto? Pradaxa? Eliquis? Lixiana?		
Diclofenac, Ibuprofen		
Thrombosespritzen (z.b. Heparin, Clexane, Fragmin P)		
Kortison		
andere		