

Willkommen in unserer Gerinnungs-Praxis!

Zu Ihrem ersten Besuch bringen Sie bitte folgende Unterlagen mit:

- Gesundheitskarte mit Lichtbild
- Überweisung vom Haus- od. Facharzt
- den ausgefüllten Fragebogen (wenn Sie die Fragebögen nicht ausdrucken können, kommen Sie 30 Minuten vor Ihrem Termin, Sie erhalten sie vor Ort)
- Arztbriefe und Vorbefunde

Bitte beachten Sie:

- Bitte kommen Sie **nicht** nüchtern zur Blutentnahme und trinken Sie vorher ausreichend Flüssigkeit
- Sollten Sie antithrombotische Substanzen einnehmen, bitten wir Sie, vor unserem Arzttermin folgende Einnahmepausen einzuhalten:

ASS/Clopidogrel Marcumar	Rivaroxaban	Edoxaban	Dabigatran	Apixaban
Macumar	Xarelto®	Lixiana®	Pradaxa®	Eliquis®
keine Pause	24 Std. vor Termin		12 Std. vor Termin	

- Falls Sie Heparin spritzen müssen (z.B.: Clexane®, Fragmin®, Arixtra®), können Sie sich dies bei morgendlicher Injektion wie gewohnt verabreichen, idealerweise ca. 3-4 Stunden vor geplanter Blutentnahme
- Bitte bringen Sie Ihr DOAK (z.B.: Xarelto® und Eliquis®) zum Termin in unserer Praxis mit, damit Sie es nach der Blutentnahme wie gewohnt einnehmen können.

Patient:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Strasse, Nr.:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Mobiltelefon:

E Mail:

Beruf:

Krankenkasse:

Größe:

Gewicht:

BMI:

RR, Puls:

Blutgruppe falls bekannt:

Schwanger J/N:

Schwangerschaftswoche+Tag:

Entbindungstermin:

Überweisender Arzt Name:

Überweisender Arzt Fachrichtung:

Überweisender Arzt Strasse:

Überweisender Arzt PLZ:

Überweisender Arzt Ort:

Überweisender Arzt Fax:

Überweisender Arzt Mail:

Überweisender Arzt Grund d. Überweisung:

Medikamente	Dosis	Letzte Gabe
Direkte orale Antikoagulantien <input type="checkbox"/> Xarelto® (Rivaroxaban) <input type="checkbox"/> Eliquis® (Apixaban) <input type="checkbox"/> Lixiana® (Edoxaban) <input type="checkbox"/> Pradaxa® (Dabigatran)		
Heparin <input type="checkbox"/> Clexan <input type="checkbox"/> Fragmin <input type="checkbox"/> Sonstige:		
Vitamin K- <input type="checkbox"/> Antagonisten Marcumar® <input type="checkbox"/> Coumadin® <input type="checkbox"/> Sonstige:		
Thrombozytenaggregationshemmer <input type="checkbox"/> Aspirin, ASS <input type="checkbox"/> Clopidogrel (Plavix®, Iscover®) <input type="checkbox"/> Prasugrel (Efient®) <input type="checkbox"/> Ticagrelor (Brilique®)		

Sonstige Medikamente bitte hier aufschreiben

Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht
Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht
Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht
Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht
Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht
Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht
Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht
Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht
Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht
Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht
Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht
Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht
Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht
Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht
Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht
Medikament:	Dosis:	Einn.: o morg. o mitt. o abend o nacht

1. Haben Sie zurzeit eine fieberhafte Erkältung od. Bronchitis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Haben Sie zurzeit eine Infektion? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Allergien Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Leber-Erkrankung (z.B. Hepatitis) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Nieren-Erkrankung Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Herzerkrankung Welche? <input type="checkbox"/> Herzinfarkt Wann:..... <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen Wann:..... <input type="checkbox"/> Sonstige Herz-Erkrankung: Wann:..... Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Autoimmun-Erkrankung (z.B. Rheuma, Lupus ...) Wenn ja, welche? Werden oder wurden Sie deswegen behandelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Wie werden Sie behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Hypertonie (Bluthochdruck) Wenn ja, wie hoch (ca.)?/.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Cholesterin) Wenn ja, wie hoch (ca.)?/.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Häufige Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. TIA (Transitorische ischämische Attacke = leichter Schlaganfall, nicht länger als 24 Std.) Wenn ja, wann? Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Schlaganfall Wenn ja, wann? Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Gefäßkrankung (z.B. Arteriosklerose) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

15. Krampfadern

ja nein

Wenn ja: Werden oder wurden Sie deswegen behandelt?

ja nein

16. Welche anderen Erkrankungen, die hier nicht genannt sind, haben oder hatten Sie?

.....
.....
.....

17. Rauchen Sie?

ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? Seit wie vielen Jahren?

Falls nein, haben Sie geraucht?

ja nein

Seit wann rauchen Sie nicht mehr? Jahren

18. Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich?

Wöchentlich etwa Monatlich etwa kein Alkohol

Bitte listen Sie hier nochmal alle erlittenen Thrombosen, Embolien, Schlaganfälle, Herzinfarkte, sonstige Gefäßverschlüsse oder Gefäß-Anomalien mit dem betroffenen Organen und dem Datum des Auftretens und der Diagnose auf. Bitte erwähnen Sie dabei, mit welcher Untersuchung es diagnostiziert wurde und ob Sie einen Risikofaktor für die Thrombose hatten (dazu zählen Reise länger als 4 Stunden, Krankenhausaufenthalt, Bettlägrigkeit, Immobilisation, Infektion, Verletzung, Gips, Operation, Impfung, Tumor/Krebserkrankung, körperliche Belastung, Schwangerschaft, Geburt, Hormonpräparate).

19. Bluten Sie häufiger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, an welcher Stelle?	Wie oft?
.....
20. Bluten bei Ihnen Schnitt- oder Schürfwunden besonders lang nach? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
21. Haben Sie Wundheilungsstörungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
22. Haben Sie verstärktes Zahnfleischbluten ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, bei welcher Gelegenheit?	
<input type="checkbox"/> beim Zähneputzen	
<input type="checkbox"/> bei zahnärztlichen Behandlungen, z.B. Zähneziehen	
<input type="checkbox"/> ohne erkennbaren Grund	
23. Bekommen Sie leicht blaue Flecken , auch ohne dass Sie sich anstoßen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, an welcher Stelle?	Wie oft ungefähr? Seit wann? (Monat/Jahr)
<input type="checkbox"/> an den Armen /
<input type="checkbox"/> an den Beinen /
<input type="checkbox"/> am Rumpf /
24. Haben Sie häufig Nasenbluten ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, Wie oft haben Sie Nasenbluten?	
<input type="checkbox"/> einige Male im Jahr <input type="checkbox"/> mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche Seit wann? /	
Auf welcher Seite?	
<input type="checkbox"/> rechtes Nasenloch <input type="checkbox"/> linkes Nasenloch <input type="checkbox"/> beide Seiten	
c) Haben Sie Nasenbluten auch ohne erkennbaren Grund? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Waren Sie schon bei einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt wegen des Nasenblutens? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, was hat der Arzt festgestellt?	
Hat der Arzt eine Verödung gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hat der Arzt eine Tamponade gelegt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
25. Haben Sie schon einmal Blut im Urin oder Stuhl bemerkt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, was war die Ursache?	
26. Hatten Sie schon einmal Magenbluten ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
27. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Störung der Blutgerinnung festgestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche Störung wurde festgestellt?	
28. Wurde Ihre Blutungsneigung schlimmer, nachdem Sie ein Medikament eingenommen haben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
nein (z.B. ein Schmerzmittel)	
Wenn ja, welches Medikament?	

Bitte listen Sie hier alle Operationen die Sie bereits hatten auf (auch zahnärztliche).
Gab es nach der Operation besonders starke Nachblutungen? Bekamen Sie dabei
eine Transfusion?

OP am:

OP was:

Nachblutung o Ja o Nein

OP am:

OP was:

Nachblutung o Ja o Nein

OP am:

OP was:

Nachblutung o Ja o Nein

OP am:

OP was:

Nachblutung o Ja o Nein

OP am:

OP was:

Nachblutung o Ja o Nein

OP am:

OP was:

Nachblutung o Ja o Nein

OP am:

OP was:

Nachblutung o Ja o Nein

OP am:

OP was:

Nachblutung o Ja o Nein

Familie:

Kinder (bitte Geschlecht und Alter angeben)

Geschwister (bitte mit Geschlecht und Alter angeben)

29. Hatte jemand in Ihrer engeren Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Enkel) schon einmal eine Thrombose oder Blutungsneigung? Falls Ja, wer und was?

30. Hatten andere Verwandte bereits eine Thrombose oder Blutungsneigung?

31. Gibt es in Ihrer Familie bekannte Schwangerschaftskomplikationen (Blutungen, Thrombosen, Aborte)?

Für Frauen:

32. Anzahl der Schwangerschaften: Anzahl der Geburten männlich: weiblich:

33. Gab es eine Gestose in Ihrer/n Schwangerschaft/en? ja nein

(Gestose = Schwangerschaftsvergiftung, z.B. Präeklampsie od. HELLP-Syndrom mit Bluthochdruck und Eiweiß im Urin)

Bitte tragen Sie hier die Schwangerschaften ein

Entbindungen	Geburtsdatum	Geburt in SSW	Geburtsgewicht	Komplikationen
1. Kind (w/m/d)		g	
2. Kind (w/m/d)		g	
3. Kind (w/m/d)		g	
4. Kind (w/m/d)		g	
5. Kind (w/m/d)		g	
6. Kind (w/m/d)		g	

Bitte tragen Sie Fehlgeburten ein

Fehlgeburten	Monat / Jahr	SSW
1. /
2. /
3. /
4. /
5. /
6. /

34. Ist/war Ihre Regelblutung auffällig stark? ja nein

35. Wenn ja, seit wann?

seit der ersten Regelblutung seit ca. Monaten

seit der Schwangerschaft seit ca. Jahren

36. Hat ein Frauenarzt die Ursache für die auffällig starke Regelblutung festgestellt?

ja nein Wenn ja, was war die Ursache?

37. Wie oft müssen Sie die Binde oder das Tampon wechseln?

<6-mal/Tag >6-mal/Tag auch nachts

38. Wie lange dauert/dauerte Ihre Regelblutung?

1 bis 5 Tage 6 bis 7 Tage länger als 7 Tage

39. Haben Sie „die Pille“ genommen? ja nein

40. Wenn ja, wie hat sich Ihre Regelblutung durch „die Pille“ geändert?

wurde stärker wurde schwächer hat sich nicht geändert.