



Patientendaten

Nach- / Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ	Ort
Telefon	
Mobil	Fax
Email	

Persönliche Angaben

Größe	Gewicht
Raucher/-in: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Anzahl / Tag

Versicherungsstatus

Kassenpatient Privatpatient stationär, Krankenhaus

Warum sind Sie in unsere Praxis gekommen?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> wegen eigener Blutungsprobleme | <input type="radio"/> wegen Blutungsproblemen in der eigenen Familie |
| <input type="radio"/> wegen eigener Thrombose/Embolie | <input type="radio"/> wegen Thrombosen/Embolien in der eigenen Familie |
| <input type="radio"/> wegen eigenem Infarkt/Schlaganfall | <input type="radio"/> wegen Infarkten/Schlaganfällen in der eigenen Familie |
| <input type="radio"/> wegen Kinderwunsch/Fehlgeburten/Schwangerschaftskomplikationen | |
| <input type="radio"/> OP geplant | <input type="radio"/> Aus anderen Gründen <input type="text"/> |

Überweisender Arzt / Einsender

Name der Praxis	
Name des Krankenhauses, Station	
Straße	
PLZ	Ort
Telefon	
Fax	
Email	

Hämorrhagische Diathese

Treten bei Ihnen spontane Blutungen auf?
Falls ja:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Nasenbluten | <input type="radio"/> Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> Blutungen in der Mundhöhle |
| <input type="radio"/> Nierenblutungen | <input type="radio"/> Gelenkblutungen | <input type="radio"/> Hautblutungen nach kleinen Verletzungen |
| <input type="radio"/> Blutungen aus dem Magen-Darm-Trakt | <input type="radio"/> Weichteilblutungen | <input type="radio"/> Hautblutungen nach Prellungen |
| | | <input type="radio"/> Hautblutungen flächig oder punktförmig |

Bluten kleine Verletzungen auffallend lange nach?

Nein Ja

Die Blutungen traten auf einmalig mehrmalig

Sind Blutungen nach operativen Eingriffen aufgetreten?
Falls ja:

Nein Ja

Wann?	Welche OP?
Wann?	Welche OP?

War eine Transfusion notwendig?

Nein Ja

Sind bei Ihnen Blutungen nach Unfällen aufgetreten?

Nein Ja



Sind in der Familie Blutungsleiden bekannt?
Falls ja:

Nein Ja

mütterlicherseits		väterlicherseits	
Angehöriger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erkrankung
Angehöriger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erkrankung
Angehöriger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erkrankung

Thrombophile Diathese

Sind bei Ihnen bereits Thrombosen aufgetreten?
Falls ja:

Nein Ja

Zeitpunkt	Bereich
Zeitpunkt	Bereich
Zeitpunkt	Bereich

Leiden Sie an einer Verengung der Herzkranzgefäße?

Nein Ja

Leiden Sie an Herzmuskelschwäche?

Nein Ja

Leiden Sie an Herzrhythmusstörungen?

Nein Ja

Wurde bei Ihnen ein Vorhofflimmern festgestellt?

Nein Ja

Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?

Nein Ja

Wurde bei Ihnen ein Stent eingelegt?

Nein Ja

Wurde bei Ihnen ein Loch in der Herzscheidewand festgestellt?

Nein Ja

Leiden Sie an einer arteriellen Verschlusskrankheit?

Nein Ja

Hatten Sie jemals einen Darminfarkt?

Nein Ja

Hatten Sie jemals einen Verschluss der Beinarterie?

Nein Ja

Hatten Sie jemals einen anderen Gefäßverschluss (z.B. Auge)?

Nein Ja

Hatten Sie jemals einen Schlaganfall, eine TIA?

Nein Ja

Wurde bei Ihnen ein Diabetes festgestellt?

Nein Ja Falls ja, seit wann:

Wurde bei Ihnen eine Stoffwechselstörung festgestellt?

Nein Ja

Wurde bei Ihnen ein Bluthochdruck festgestellt?

Nein Ja Falls ja, seit wann:

Haben Sie eine Erkrankung, nach der bisher nicht gefragt worden ist?

Nein Ja Falls ja, welche:

Sind in der Familie ähnliche Erkrankungen wie Thrombosen, Embolien und Gefäßverschlüsse bekannt?
Falls ja:

Nein Ja

mütterlicherseits		väterlicherseits	
Angehöriger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erkrankung
Angehöriger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erkrankung
Angehöriger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erkrankung



Patientendaten

Nach- / Vorname

Geburtsdatum

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Nein Ja SSW

Liegt bei Ihnen z. Zt. eine Menstruationsblutung vor?

Nein Ja

Treten bei Ihnen verlängerte oder verstärkte Regelblutungen auf?

Nein Ja

Hatten Sie bereits eine Fehlgeburt?

Nein Ja Anzahl SSW SSW SSW

Hatten Sie bereits eine Totgeburt?

Nein Ja Anzahl SSW SSW SSW

Haben Sie Kinder?

Nein Ja Anzahl

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft?
Falls ja:

Nein Ja

Welche?

Welche?

Gab es Komplikationen bei der Geburt?
Falls ja:

Nein Ja

Welche?

Welche?

Sind bei Ihnen jemals Thrombosen und Lungenembolien
während einer Schwangerschaft aufgetreten?

Nein Ja

Nehmen Sie die Pille?
Falls ja:

Nein Ja

Welche?

Erhalten Sie eine Hormon-Ersatztherapie?
Falls ja:

Nein Ja

Welche?

Sind oder waren Sie in einer Kinderwunschbehandlung?
Falls ja:

Nein Ja

Wie viele Inseminationen?

Wie viele IVF?

Wie viele ICSI?

Kam es zur Überstimulation?
Falls ja, wann:

Nein Ja

Leiden Sie an einer Endometriose?

Nein Ja

Leiden Sie am PCO-Syndrom (polycystische Ovarien)?

Nein Ja