

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Tel. Festnetz:

Mobil:

Größe: cm Gewicht: kg

Warum sind Sie in unsere Praxis gekommen?

- O wegen eigener Blutungsprobleme O wegen Blutungsproblemen in der Familie
O wegen eigener Thrombose/Embolie O wegen Thrombose/Embolie in der Familie
O wegen eigenem Infarkt/Schlaganfall O wegen Infarkt/Schlaganfall in der Familie
O wegen Kinderwunsch/Fehlgeburten/Schwangerschaftskomplikationen
O aus anderen Gründen:

Sind Sie schwanger? O ja O nein
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? _____

Rauchen Sie? O nein O ja wie viele Zigaretten/Tag?

Besteht bei Ihnen eine Neigung zu spontanen Blutungen? O ja O nein

Wenn ja, welche Art von Blutungen kamen bei Ihnen vor?

- O Zahnfleischblutungen O Nasenbluten O vermehrt blaue Flecken
O Muskelblutungen O blutiger Urin O punktförmige Hautblutungen
O Hirnblutung O Gelenkblutungen O Bluthusten/blutiger Auswurf
O Blut im Stuhl O Bluterbrechen O sehr lange, sehr starke Monatsblutungen
O Sonstige:

Sind Sie schon einmal operiert worden?

Table with 3 columns: Jahr, Art der Operation, Komplikationen? Welche?

Hatten Sie jemals eine Blutarmut (Anämie) oder Transfusionen von Blutkonserven oder Plasmaprodukten? O ja O nein

Angaben zu Schwangerschaften

Jahr	Geburt in welcher SSW?	Eklampsie? HELLP-Syndrom? Diabetes? Kind gesund? Gewicht, Größe?	Fehlgeburt in welcher SSW?

SSW = Schwangerschaftswoche

Sind oder waren Sie in einer Kinderwunschbehandlung? ja nein

Wenn ja,

wie viele Inseminationen? ____ ; Wie viele IVF? ____ ; Wie viele ICSI? ____

Kam es zur Überstimulation? ja nein

Wenn ja, wann?

Leiden Sie an einer Endometriose? ja nein

Leiden Sie am PCO-Syndrom (polycystische Ovarien)? ja nein

Hatten Sie jemals eine Thrombose oder eine Lungenembolie? ja nein

ja (bitte Tabelle ausfüllen)

Jahr	Wo? (Bein, Arm, Lunge, Hirn, Auge, andere Lokalisation)	Auslöser? (Operation, Verletzung, Bettlägerigkeit, Fieber, Entzündung...)

Leiden Sie an einer Verengung der Herzkranzgefäße? ja nein

Leiden Sie an Herzmuskelschwäche? ja nein

Leiden Sie an Herzrhythmusstörungen? ja nein

Wurde bei Ihnen ein Vorhofflimmern festgestellt? ja nein

Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt? ja nein

Wurde bei Ihnen ein Stent eingelegt? ja nein

Wurde bei Ihnen ein Loch in der Herzscheidewand festgestellt? ja nein

Leiden Sie an einer arteriellen Verschlusskrankheit? ja nein

Hatten Sie jemals einen Darminfarkt? ja nein

Hatten Sie jemals einen Verschluss der Beinarterie? ja nein

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

Hatten Sie jemals einen Schlaganfall, eine TIA? ja nein

Leiden Sie an einer Erkrankung

der Nieren? der Leber? der Lunge? der Haut?

der Schilddrüse? des Magen-Darm-Traktes? der Knochen?

der Muskeln? des Nervensystems?

Leiden Sie an einer

Autoimmunerkrankung, z. B. Rheuma? ja nein

Erkrankung des Knochenmarks? ja nein

bösartigen Erkrankung, z. B. Krebs? ja nein

Wurde bei Ihnen ein Diabetes mellitus festgestellt? ja nein

Seit wann? ja nein
Insulin-pflichtig?

Wurde bei Ihnen eine Fettstoffwechselstörung festgestellt? ja nein

Wurde bei Ihnen ein Bluthochdruck festgestellt? ja nein

Seit wann?

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

Wenn ja, welche? ja nein

Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

