



Patientendaten

Nach- / Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ Ort

Telefon

Mobil Fax

Email

Persönliche Angaben

Größe Gewicht

Raucher/-in: Nein Ja Anzahl/Tag

Anlass der Untersuchung

OP geplant Sonstiges

Überweisender Arzt / Einsender

Name der Praxis

Name des Krankenhauses, Station

Straße

PLZ Ort

Telefon

Fax

Email

Versicherungsstatus

Kassenpatient Privatpatient stationär, Krankenhaus

Hämorrhagische Diathese

Treten bei Ihnen spontane Blutungen auf?
 Falls ja:

Nasenbluten Zahnfleischbluten

Nierenblutungen Gelenkblutungen

Blutungen aus dem Magen-Darm-Trakt Weichteilblutungen

Nein Ja

Blutungen in der Mundhöhle

Hautblutungen nach kleinen Verletzungen

Hautblutungen nach Prellungen

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? Nein Ja
Falls ja:

Zeitpunkt	Bereich
Zeitpunkt	Bereich
Zeitpunkt	Bereich

Sind bei Ihnen bereits Embolien aufgetreten? Nein Ja
Falls ja:

Zeitpunkt	Bereich
Zeitpunkt	Bereich
Zeitpunkt	Bereich

Sind bei Ihnen bereits Infarkte aufgetreten? Nein Ja
Falls ja:

Zeitpunkt	Bereich
Zeitpunkt	Bereich
Zeitpunkt	Bereich

Ist bei Ihnen bereits ein Schlaganfall aufgetreten? Nein Ja
Falls ja:

Zeitpunkt	Bereich
Zeitpunkt	Bereich
Zeitpunkt	Bereich

Leiden Sie unter der arteriellen Verschlusskrankheit? Nein Ja

Wurde bei Ihnen ein Diabetes festgestellt? Nein Ja
Falls ja:

Welcher Typ?

Sind in der Familie ähnliche Erkrankungen wie Thrombosen, Embolien und Gefäßverschlüsse bekannt? Nein Ja
Falls 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

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

Hatten Sie bereits eine Totgeburt?

Nein Ja

Haben Sie Kinder?

Nein Ja

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft?
Falls ja:

Nein Ja

Welche?

Welche?

Welche?

Gab es Komplikationen bei der Geburt?
Falls ja:

Nein Ja

Welche?

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?