

**Name:**  
**Vorname:**  
**Geburtsdatum:**

**E-Mail:** \_\_\_\_\_ **Tel./Mobil:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg **Alkohol:**  nein  ja

**Nikotin:**  nein  ja (Zig./Tag.: \_\_\_\_\_) **Blutgruppe:**  0 |  A |  B |  AB |  unbekannt

**Hatten Sie schon einmal eine/n**

|                             |                               |                             |              |                             |  |                                   |  |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|--|-----------------------------------|--|
| <b>Herzinfarkt</b>          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <b>Wann?</b> |                             |  |                                   |  |
| <b>Schlaganfall</b>         | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <b>Wann?</b> |                             |  |                                   |  |
| <b>Arterielle Thrombose</b> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <b>Wann?</b> | <b>Auslösende Situation</b> | <b>Lokalisation</b><br>Ort der Thrombose     |                                   |  |
|                             |                               |                             |              |                             |  |                                   |  |
|                             |                               |                             |              |                             |  |                                   |  |
| <b>Venöse Thrombose</b>     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <b>Wann?</b> | <b>Auslösende Situation</b> | <b>Lokalisation</b><br>Ort der Thrombose     |                                   |  |
|                             |                               |                             |              |                             |  |                                   |  |
|                             |                               |                             |              |                             |  |                                   |  |
| <b>Lungenembolie</b>        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <b>Wann?</b> | <b>Auslösende Situation</b> | <b>Lokalisation</b><br>Ort der Lungenembolie |                                   |  |
|                             |                               |                             |              |                             | <input type="checkbox"/> zentral             | <input type="checkbox"/> peripher |  |
|                             |                               |                             |              |                             | <input type="checkbox"/> zentral             | <input type="checkbox"/> peripher |  |
|                             |                               |                             |              |                             | <input type="checkbox"/> zentral             | <input type="checkbox"/> peripher |  |

**Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich Medikamente ein?**

nein  ja (bitte in der Tabelle angeben)

| Präparat | Dosis |
|----------|-------|
|          |       |
|          |       |
|          |       |
|          |       |

| Präparat | Dosis |
|----------|-------|
|          |       |
|          |       |
|          |       |
|          |       |

**Begleiterkrankungen:**

- |                         |                          |                           |                          |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Bluthochdruck           | <input type="checkbox"/> | Hämatologische Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Koronare Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung           | <input type="checkbox"/> |
| Klappenersatz           | <input type="checkbox"/> | Rheumatische Erkrankung   | <input type="checkbox"/> |
| Herzrhythmusstörungen   | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankung           | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige:               | <input type="checkbox"/> | _____                     |                          |

**Operative Eingriffe in der Vergangenheit:**

nein     ja (bitte in der Tabelle angeben)

| Datum | Art des Eingriffs | Blutungskomplikation/<br>Wundheilungsstörung |                             |
|-------|-------------------|--|-----------------------------|
|       |                   | <input type="checkbox"/> nein                | <input type="checkbox"/> ja |
|       |                   | <input type="checkbox"/> nein                | <input type="checkbox"/> ja |
|       |                   | <input type="checkbox"/> nein                | <input type="checkbox"/> ja |
|       |                   | <input type="checkbox"/> nein                | <input type="checkbox"/> ja |
|       |                   | <input type="checkbox"/> nein                | <input type="checkbox"/> ja |

**Fragen zu Ihrer Familie:**

Sind bei Ihren Verwandten Gefäßverschlüsse der Venen und/oder Arterien aufgetreten?  
Liegt bei einem Ihrer Verwandten eine Blutungsneigung vor?

| z.B. bei Mutter, Vater, Sohn<br>Bruder, Schwester, Tochter | Art des Ereignisses, z.B. Blutung, Schlaganfall, Thrombose,<br>Embolie, Herzinfarkt | In welchem Alter<br>trat das Ereignis auf? |
|--|---|--|
|  |   |  |
|  |   |  |
|  |   |  |
|  |   |  |

**Fragen an die Frau:**

|   |                                 |  |   |                                |                               |                             |
|---|---------------------------------|--|---|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <b>Sind Sie aktuell schwanger?</b>            | <input type="checkbox"/> nein   | <input checked="" type="checkbox"/> ja → | <b>Aktuelle Woche:</b> _____<br>Spritzen Sie sich aktuell Heparin? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>z.B. Enoxaparin, Dalteparin |                                |                               |                             |
| <input type="checkbox"/> <b>Fehlgeburt/en</b> | <b>Wann</b>                     | <b>In welcher Woche?</b>                 |   |                                |                               |                             |
|   |                                 |  |   |                                |                               |                             |
|   |                                 |  |   |                                |                               |                             |
|   |                                 |  |   |                                |                               |                             |
| <input type="checkbox"/> <b>Entbindung/en</b> | <b>Wann</b>                     | <b>Spontan</b>                           | <b>Einleitung</b>   | <b>Kaiserschnitt</b>           | <b>Blutungskomplikation</b>   |                             |
|   |                                 | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|   |                                 | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|   |                                 | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <b>Nehmen Sie die Pille ein?</b>              | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja              | <b>Seit wann?</b> _____   |                                | <b>Welche?</b> _____          |                             |
| <b>Aktueller Kinderwunsch?</b>                | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja              |   |                                |                               |                             |
| <b>Monatsblutung</b>                          | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> verstärkt       | <input type="checkbox"/> verlängert (+ 7 Tage)  | <input type="checkbox"/> keine |                               |                             |

**Fragen zur Blutungsneigung:**

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Heilen Ihre Wunden schlecht ab?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Beobachten Sie vermehrt Nasenbluten?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Blaue Flecke (1-2 mal pro Woche, am Körperumpf und anderen ungewöhnlichen Stellen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Spontane Gelenk- oder Muskel-/Weichteilblutungen                                   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Zahnfleischbluten und Blutungen der Mundschleimhaut                                | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Blutungen nach Schnitt- oder Schürfwunden (z.B. durch Rasieren)                    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Blutungen während oder nach dem Ziehen von Zähnen                                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |