

# Patientenbogen Gerinnungssprechstunde

Name / Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Körpergröße und Gewicht : \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

Blutgruppe (falls bekannt) : \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt : \_\_\_\_\_

## Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

|  |   |  |
|--|---|--|
| Hypertonie (Bluthochdruck)?            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wie hoch (ca.): _____ / _____ |
| Sind Sie Raucher?                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wie viele Zigaretten: _____   |
| Haben Sie häufig Gelenkschmerzen?      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Erhöhte Blutfettwerte                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wie hoch (ca.): _____         |
| Sind Sie schwanger?                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, in welcher SSW: _____         |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Operationen                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Wenn ja, welche und wann:              |   |  |
| Herzerkrankungen,<br>Rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Wenn ja, welche und wann:              |   |  |
| Haben Sie einen Infekt /Entzündung?    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, welche? _____                 |

## Thrombosen

|  |   |
|--|---|
| Haben oder Hatten Sie Thrombosen jeglicher Art (Beinvenenthrombose etc.)                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wann und an welcher Stelle:   |   |
| In welchen Situationen traten die Thrombosen auf?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben oder hatten Sie eine oder mehrere Lungenembolien   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wann:   |   |
| Hatten Sie einen Schlaganfall, Herzinfarkt oder sonstigen Gefäßverschluss?                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, kam es zu Folgeerscheinungen (z.B. Lähmung einer Körperhälfte, Sprachstörungen, Sehstörungen, etc.) ? |   |
| Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 7 Tagen ASS (Aspirin etc.) ein?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wann (Uhrzeit) und wie viel:  |   |
| Nehmen oder nahmen Sie in den letzten Tagen Clopidogrel (Plavix, Iscover) ein?                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wann (Uhrzeit) und wie viel:  |   |
| Nehmen Sie Marcumar oder ähnliche Antikoagulantien ein?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie Schmerz- oder Rheuma-Medikamente ein?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche:   |   |
| Nehmen Sie andere Medikamente ein?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche:   |   |
| Spritzen Sie sich zurzeit Heparin?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welches:  |   |

**bitte wenden!**

## Bei Frauen

Sind bei Ihnen bereits Fehlgeburten aufgetreten?  ja  nein

Wenn ja, bitte nachfolgende Tabelle ausfüllen:

Zeitpunkt der Fehlgeburt ?

(bitte Monat und Jahr angeben) \_\_\_\_\_

In welcher Schwangerschaftswoche trat die  
Fehlgeburt auf ? \_\_\_\_\_

Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Monatsblutungen  
verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger  
Tamponwechsel) sind?  ja  nein

## Familienerkrankungen (Thrombose, Blutungen, Fehlgeburten, etc.?)

Sind in Ihrer Familie Krankheiten wie Thrombose, Blutungen, Fehlgeburten, etc? vorhanden ?

Vater : \_\_\_\_\_

Mutter : \_\_\_\_\_

Kinder : \_\_\_\_\_

andere Verwandte : \_\_\_\_\_

## Versicherung

Ich bin folgendermaßen versichert:

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse / Ersatzkasse<br>(z.B. AOK, DAK, Techniker) | <input type="checkbox"/> private Krankenkasse |
|---|---|

bitte Krankenkasse angeben: \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,  
die Gerinnungssprechstunde lässt Teile der laborärztlichen Untersuchungen durch andere Partner-Labore  
und deren Mitarbeiter erbringen. Eine hierfür zwingend notwendige Weitergabe von Proben,  
Patientendaten u. ä. ist nur dann möglich, wenn Sie hierzu Ihre ausdrückliche schriftliche Einwilligung erteilen.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der im Zusammenhang mit dem Behandlungsvertrag  
erhobenen Daten.

Ebenso erkläre ich mich mit der Übermittlung der Untersuchungsergebnisse an mitbehandelnde Ärzte und  
Kliniken einverstanden und entbinde die Praxis hiermit diesbezüglich von der ärztlichen Schweigepflicht.  
Ich bin damit einverstanden, dass aus der mir/meinem Kind entnommenen Blutprobe die Erbsubstanz DNA  
isoliert wird und auf genetische Veränderungen untersucht wird.

Hiermit erkläre ich gleichzeitig, dass ich über die Aussagekraft und die möglichen Konsequenzen der  
angeforderten Untersuchungen von meinem Arzt aufgeklärt worden bin.

Mit einer anonymisierten oder pseudonymisierten Auswertung der erhobenen Untersuchungsbefunde erkläre ich  
mich einverstanden.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bei Blutungsneigung zusätzlich separaten Fragebogen ausfüllen!**