

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, 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 (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!