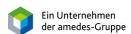


## (Thrombophilie)

Patienten- angaben	Name:		(oder) Patientenetikett
	Vorname:		
	Geburtsdatum:		
	Geschlecht:	O weiblich O männlich	

Bitte beantworten Sie folgende Fragen durch Ankreuzen bzw. Ausfüllen.

Frage	Antwort			
Hatte der Patient bereits eine venöse Thrombose ?	O Ja	O Nein		
Wenn "ja": Anzahl der bereits stattgehabten Thrombosen:				
Wenn "ja": Lokalisation der Thrombose / n ?				
Hatte der Patient bereits einen arteriellen Gefäßverschluss (Infarkt) ?	О Ја	O Nein		
Wenn "ja": Anzahl der bereits stattgehabten Infarkte:				
Wenn "ja": Lokalisation des / der Infarkte / s ?				
Hatten Verwandte 1. Grades bereits einen Gefäßverschluss?	O Ja	O Nein		
Ist bei dem Patienten eine endokrinologische Erkrankung bekannt (Lipidstoffwechsel, Diabetes mellitus, etc.) ?	O Ja	O Nein		
Ist bei dem Patienten eine Autoimmunerkrankung bekannt?	О Ја	O Nein		
Hat der Patient ein Malignom bzw. erfolgt / e eine Chemotherapie?	О Ја	O Nein		
Hat der Patient eine Varikosis?	O Ja	O Nein		
Sonstige Grunderkrankungen ?				
Reist der Patient häufig bzw. lange (z. B. Flugreisen) ?	O Ja	O Nein		
Besteht zur Zeit eine Immobilisation (Operation, etc.) ?	O Ja	O Nein		
Hat der Patient einen Gips oder Verband?	O Ja	O Nein		
Hat der Patient Übergewicht?	O Ja	O Nein		
Raucht der Patient ?	O Ja	O Nein		
Wenn "ja": Anzahl der Zigaretten pro Tag / über Zeitraum in Jahren		Zigaretten / Tag seit Jahren		
Trägt der Patient Stützstrümpfe ?	O Ja	O Nein		
Besteht zur Zeit eine Therapie mit Heparin ?	О Ја	O Nein		
Besteht zur Zeit eine Medikation mit Aspirin® (Acetylsalicylsäure), Aspirin-haltigen Schmerzmittel (z. B. Thrombo-ASS®, Herz-ASS®, Colfarit®, Thomapyrin®), Marcumar®, Plavix®, Iscover®, Tiklide®?		O Nein		
Werden zur Zeit Antiphlogistika eingenommen (z. B. Voltaren®, Proxen®, Seractil®, Xefo®, etc.) ?	O Ja	O Nein		
Sofern eine Medikation erfolgt: Präparat / Dosis ?				
Nur bei weiblichen Patientinnen:	Antwort			
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft ?		O Nein		
Hatte die Patientin bereits einen oder mehrere Aborte ?		O Nein		
Nimmt die Patientin Antikonzeptiva / östrogenhaltige Medikamente ?	О Ја	O Nein		
Sofern eine Medikation erfolgt: Präparat / Dosis ?				
Sonstige Hinweise oder Informationen / sonstige Medikamente ?				
<del>-</del>				



Tel. 040/334411 -847 oder 844 (Gerinnung)