

# Thromboseneigung

Praxisstempel

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Fragebogen dient der Beurteilung einer Thromboseneigung. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen. Bei Unklarheiten besprechen Sie diese gemeinsam mit dem behandelnden Arzt.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname geb. am

\_\_\_\_\_  
Größe Gewicht

Ist in **Ihrer Familie** eine **Blutgerinnungsstörung**, z. B. Verschluss (Thrombose/Embolie) von Blutgefäßen der Beine/Arme und/oder der Lunge, bekannt oder ist ein Schlaganfall oder Herzinfarkt aufgetreten?

Ja  Nein

Wenn ja, bei wem und was? \_\_\_\_\_

Gibt es Untersuchungsbefunde dazu?

Ja  Nein

Wenn ja, bei wem und wo wurden sie erhoben? \_\_\_\_\_

Trat **bei Ihnen** schon einmal ein **Verschluss (Thrombose/Embolie) von Blutgefäßen** auf?

Ja  Nein

Wenn ja, was und wann (Jahr)? \_\_\_\_\_

Welcher Körperteil / welches Organ war betroffen? \_\_\_\_\_

Wissen Sie, in welchem Zusammenhang es auftrat? Wenn ja, füllen Sie bitte die folgende Tabelle aus.

Situation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Jahr
Pilleneinnahme (Hormone) Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schwangerschaft/Geburt/Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Immobilisation/Bettlägerigkeit (Gips, Trauma, Verband, Operation)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Krebserkrankung Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Fernreise (Flugzeug/Bus/Auto) Wie lange dauerte die Fahrt / der Flug? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Wenn ja, wie lange haben Sie bis zu dem Vorfall geraucht? _____ Wie hoch war/ist Ihr täglicher Zigarettenkonsum? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hatten oder haben Sie Krampfadern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Hatten Sie schon einmal einen **Herzinfarkt** oder einen **Schlaganfall**?

Ja  Nein

Wenn ja, was und wann (Jahr)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wissen Sie, in welchem Zusammenhang es auftrat? Wenn ja, füllen Sie bitte die folgende Tabelle aus.

Situation		Jahr
Pilleneinnahme (Hormone) Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schwangerschaft/Geburt/Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Krebserkrankung Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Wenn ja, wie lange haben Sie bis zu dem Vorfall geraucht? _____ Wie hoch war/ist Ihr täglicher Zigarettenkonsum? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ist bei Ihnen eine Fettstoffwechselstörung, Bluthochdruck oder Diabetes bekannt? Wenn ja, was? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Bei Frauen: Traten bei Ihnen schon eine oder mehrere Fehlgeburten auf?

Ja  Nein

Wenn ja, wie viele und in welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

**Medikamente und Ernährung**

Nehmen Sie Blutverdünner ein?

Ja  Nein

Wenn ja, welchen Blutverdünner nehmen Sie? \_\_\_\_\_

In welcher Dosierung? \_\_\_\_\_

Welche anderen Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Bitte geben Sie auch weitere Präparate wie Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Schmerzmittel, pflanzliche Präparate, Hormone etc. an!

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten (vegetarisch, vegan, ketogen, proteinreich, o. ä.)?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Patientin / des Patienten