

**FRAGEBOGEN HÄMORRHAGISCHE DIATHESE/
BLUTUNGSNEIGUNG/ THROMBOPHILIE**

Angaben zur Person

Name: _____ Vorname: _____
 geb. am: _____ Größe: _____ Gewicht: _____
 Telefon: _____ E-Mail-Adresse: _____
 Mobil-Tel.: _____ Adresse: _____

I. HÄMORRHAGISCHE DIATHESE/BLUTUNGSNEIGUNG

Um Ihre Neigung zu Blutungen genau beurteilen zu können,
bitten wir folgende Fragen zu beantworten:

Bitte hier ankreuzen oder ausfüllen:

■ Wo treten Blutungen bevorzugt auf?	
■ Wie häufig treten Blutungen auf?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 je <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr
■ Wie lange dauern die Blutungen an?	
■ Welche Maßnahmen treffen Sie gegen die Blutungen?	
■ Seit wann treten Blutungen auf?	
■ Sind Blutungen bereits in der Kindheit aufgefallen?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
■ Ist eine vermehrte Blutungsneigung in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder, Tanten, Onkel) bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
■ Wurde bei diesen Familienangehörigen eine Gerinnungsstörung festgestellt? Wie heißt diese Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
■ Welche der folgenden Blutungen haben Sie bereits beobachtet: Haben Sie Nasenbluten ? Wenn ja, wie oft: Ist das Nasenbluten stets auf derselben Seite?	<input type="checkbox"/> Nein/ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 je <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Tritt Zahnfleischbluten auf? Wenn ja , wie oft:	<input type="checkbox"/> Nein/ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 je <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr
Wurden bereits Zähne gezogen?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Traten dabei Blutungen auf?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein

<ul style="list-style-type: none"> Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? Traten dabei Blutungen auf? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> Welche dieser Blutungszeichen haben Sie schon an Ihrer Haut bemerkt: Punktförmige Blutungen an der Haut? „Blaue Flecken“/Hämatome ohne Anstoßen? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> Ist bereits eine Blutung in einem Muskel oder in einem Gelenk aufgetreten? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> Ist oder war der Urin jemals blutig? Im Rahmen von Blasenentzündungen? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie früher Blut erbrochen oder Blut gehustet? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> Ist der Stuhlgang und die Farbe normal? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> Welche Medikamente nehmen Sie ein? 	
<ul style="list-style-type: none"> Welche Schmerzmittel nehmen Sie ein? Wenn ja, wie häufig? 	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 je <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr
<ul style="list-style-type: none"> Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Wogegen? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein

NUR FÜR FRAUEN

<ul style="list-style-type: none"> In welchem Abstand treten Regelblutungen auf? Wie lange dauert die Blutung? Wie viele Tage davon ist die Blutung verstärkt? Wie oft müssen Sie an diesen Tagen Binde/Tampon wechseln? 	Alle ____Tage ____ Tage ____ Tage ____ Mal je 24 h
<ul style="list-style-type: none"> Wann erfolgte die letzte gynäkologische Untersuchung? 	
<ul style="list-style-type: none"> Ist eine Erkrankung der Gebärmutter (z.B. Myom) bekannt? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein

II. THROMBOPHILIE

Bitte hier ankreuzen oder ausfüllen:

<ul style="list-style-type: none"> Hatten Sie bereits eine Thrombose? Wenn ja, wie häufig? (Anzahl) Wann? Wo? Lokalisation (Körperteil) 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> Hatten Sie bereits einen arteriellen Infarkt, einen Herzinfarkt, einen Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung? Wenn ja, wie häufig? (Anzahl) Wann? Wo? Lokalisation (Körperteil) 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein

<ul style="list-style-type: none"> Mussten oder müssen Sie gerinnungshemmende (blutverdünnende) Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche (Name, Dosierung) und seit wann bzw. wie lange? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
---	---

<ul style="list-style-type: none"> Ist bei Ihnen oder einem Ihrer Verwandten 1. Grades eine Gerinnungsstörung bekannt? Wenn ja, welche? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
--	---

<ul style="list-style-type: none"> Ist bei Ihnen oder einem Ihrer Verwandten 1. oder 2. Grades ein Gefäßverschluss (Thrombose oder Embolie), ein Herzinfarkt, ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung vor dem 63. Lebensjahr aufgetreten? Wenn ja, welche? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
---	---

<ul style="list-style-type: none"> Rauchen Sie oder haben Sie einmal geraucht? Wenn ja, wieviel, seit wann, wie lange? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
--	---

NUR FÜR FRAUEN

<ul style="list-style-type: none"> Besteht aktuell eine Schwangerschaft? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie eine Fehlgeburt, Frühgeburt oder eine Totgeburt erlitten? Wenn ja, in welcher SSW.? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> Besteht aktuell eine Kinderwunschbehandlung oder ist eine Kinderwunschbehandlung geplant? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> Besteht aktuell eine hormonelle Antikonception (Antibabypille)? 	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

<ul style="list-style-type: none"> Empfehlung durch:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hausarzt:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Facharztpraxis:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Krankenhaus:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bekannte/Freunde/Familie <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe <input type="checkbox"/> Terminservicestelle

Für den Fall einer ärztlichen Vertretung durch einen Kollegen/eine Kollegin der Praxisgemeinschaft bzw. einer evtl. Praxisübergabe bin ich mit der Weitergabe meiner Daten an den dann tätigen bzw. den mitbehandelnden Arzt einverstanden. Ich bin auch damit einverstanden, dass mein Hausarzt bzw. vor- und mitbehandelnde Ärzte über meinen Krankheitsverlauf informiert werden.

Datum _____ Unterschrift des Patienten _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!