



FRAGEBOGEN HÄMORRHAGISCHE DIATHESE/ BLUTUNGSNEIGUNG/ THROMBOPHILIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um uns ein umfassendes Bild über Ihre Erkrankung machen zu können und die optimale Behandlung für Sie zu finden,
benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen in Ruhe aus. Er liefert uns
wichtige Informationen, die in unserem anschließenden Gespräch ergänzt und vertieft werden können.

Angaben zur Person

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	
geb. am:	<input type="text"/>	Größe in cm:	<input type="text"/>	Gewicht in kg: <input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil-Tel:	<input type="text"/>	
Adresse:	<input type="text"/>			
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>			

I. ALLGEMEIN

Ihre Lebensumstände

Welchen Beruf üben Sie zur Zeit aus bzw. haben Sie ausgeübt?

Leben Sie mit einem Partner/einer Partnerin zusammen? ☐ Ja ☐ Nein

Wie viele Kinder haben Sie? Geburtsjahre:

Haben Sie jemals an einer der aufgeführten Erkrankungen gelitten?

Lungenerkrankung
☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche?

Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems
☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche?

Schilddrüsen- oder hormonelle Erkrankung
☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche?

Diabetes mellitus
☐ Nein ☐ Ja

Krebserkrankung
☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche?

Bluterkrankung
☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche?

Rheumatologische oder orthopädische Erkrankung
☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche?

Psychiatrische oder neurologische Erkrankung
☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche?

Sonstige Erkrankung

■ Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wogegen?

■ Rauchen Sie oder haben Sie einmal geraucht?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viel?

Seit wann?

Wie lange?

■ Welche Medikamente und Schmerzmittel nehmen Sie zur Zeit?

Medikament und Schmerzmittel	Dosierung [mg]	Wie viel Mal täglich?	Seit Wann?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

■ Nur für Patientinnen - Zyklusanamnese

In welchem Abstand haben Sie Ihre Regelblutungen?

Alle

Tage

Wie lange dauert Ihre Regelblutung?

Tage

Wie viele Tage davon ist die Blutung verstärkt?

Tage

Wie oft müssen Sie an diesen Tagen Vorlagen/Tampons wechseln?

Mal je 24h

Wann erfolgte die letzte gynäkologische Untersuchung?

Ist eine Erkrankung der Gebärmutter (z.B. Myom) bekannt?

☐ Ja

☐ Nein

■ Nur für Patientinnen – Geburtshilfliche Anamnese

Besteht aktuell eine Schwangerschaft?

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie eine Fehlgeburt, Frühgeburt oder eine Totgeburt erlitten?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, in welcher SSW (Schwangerschaftswoche)?

SSW

Besteht aktuell eine Kinderwunschbehandlung oder eine eine Kinderwunschbehandlung geplant?

☐ Ja

☐ Nein

Besteht aktuell eine hormonelle Antikonzeption (Antibabypille)?

☐ Ja

☐ Nein

■ Bitte nennen Sie uns ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin sowie Ihren Facharzt/Ihre Fachärztin, die den Arztbrief erhalten sollen

Hausarzt/Hausärztin

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Facharzt/Fachärztin

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

II. HÄMORRHAGISCHE DIATHESE/BLUTUNGSNEIGUNG

■ Wo treten Blutungen bevorzugt auf?

■ Wie häufig treten Blutungen auf und wie lange dauern die Blutungen?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Mal, je ☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat ☐ Jahr

■ Wie lange dauern die Blutungen?

■ Welche Maßnahmen treffen Sie gegen die Blutungen?

■ Seit wann treten Blutungen auf?

■ Sind Blutungen bereits in der Kindheit aufgefallen?

☐ Ja ☐ Nein

■ Ist eine vermehrte Blutungsneigung in Ihrer Familie 1. oder 2. Grades bekannt?

☐ Ja ☐ Nein

■ Wurde bei diesen Familienangehörigen eine Gerinnungsstörung festgestellt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie heißt diese Erkrankung?

■ Welche der folgenden Blutungen haben Sie bereits beobachtet?

Haben Sie Nasenbluten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie oft? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Mal, je

☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat ☐ Jahr

Tritt Zahnfleischbluten auf?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie oft? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Mal, je

☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat ☐ Jahr

Wurden bereits Zähne gezogen?

☐ Ja ☐ Nein

Traten dabei Blutungen auf?

☐ Ja ☐ Nein

■ Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

Traten dabei Blutungen auf?

☐ Ja ☐ Nein

■ Welche dieser Blutungszeichen haben Sie schon an Ihrer Haut bemerkt?

Punktförmige Blutungen an der Haut?

☐ Ja ☐ Nein

„Blaue Flecken“/Hämatome ohne Anstoßen?

☐ Ja ☐ Nein

■ Ist bereits eine Blutung in einem Muskel oder in einem Gelenk aufgetreten?

☐ Ja ☐ Nein

Ist oder war der Urin jemals blutig?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, im Rahmen von Blasenentzündungen? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie früher Blut erbrochen oder Blut gehustet?

☐ Ja ☐ Nein

Ist der Stuhlgang und die Farbe normal?

☐ Ja ☐ Nein

III. THROMBOPHILIE

Hatten Sie bereits eine Thrombose und/oder eine Lungenembolie?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie häufig? (Anzahl) Mal Wann?

Wo? Lokalisation (Körperteil)

Hatten Sie bereits einen arteriellen Infarkt, Herzinfarkt, Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie häufig? (Anzahl) Mal Wann?

Wo? Lokalisation (Körperteil)

Mussten oder müssen Sie gerinnungshemmende (blutverdünnende) Medikamente einnehmen?

Medikament und Schmerzmittel	Dosierung [mg]	Wie viel Mal täglich?	Seit Wann?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ist bei Ihnen oder einem Ihrer Verwandten 1. Grades eine Gerinnungsstörung bekannt?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?

Ist bei Ihnen oder einem Ihrer Verwandten 1. oder 2. Grades ein Gefäßverschluss (Thrombose oder Embolie), Herzinfarkt, Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung vor dem 63. Lebensjahr aufgetreten?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch

☐ Hausarzt

☐ Facharztpraxis:

☐ Krankenhaus:

☐ Bekannte/Familie/Freunde ☐ Internet ☐ Selbsthilfegruppe ☐ 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 mit behandelnden Arzt einverstanden. Ich bin auch damit einverstanden, dass mein Hausarzt bzw. vor-und mitbehandelnde Ärzte über meinen Krankheitsverlauf informiert werden.

Datum

Unterschrift des Patienten