



**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_. \_\_. \_\_\_\_  
**Festnetznummer:** \_\_\_\_\_ **Handynummer:** \_\_\_\_\_

**Warum suchen Sie unsere Ambulanz auf?**

- wegen Blutungsproblemen
- wegen Thrombose/Embolie/Herzinfarkt/Schlaganfall
- Familienuntersuchung bei Blutungsproblemen bei Verwandten
- Familienuntersuchung bei Thrombose/Embolie/Herzinfarkt/Schlaganfall bei Verwandten
- anderes, nämlich: \_\_\_\_\_

**Besteht eine Schwangerschaft?**

- Ja, wenn ja, welche Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_
- Nein

**Rauchen Sie?**

- Ja, wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_
- Nein

**Größe:** \_\_\_\_ cm

**Gewicht:** \_\_\_\_ kg

**Fragen zu Blutungsproblemen**

**Besteht eine Neigung zu spontanen Blutungen?**

- Ja
- Nein

**Wenn ja, welche Art von Blutungen bestehen?**

- Zahnfleischblutungen
- Nasenbluten, wenn ja, wie oft pro Monat: \_\_\_\_\_
- Vermehrte spontane blaue Flecken
- Flohstichartige Blutungen der Haut
- Hirnblutung
- Muskelblutung
- Blutiger Urin
- Blut im Stuhl/Teerstuhl oder Bluterbrechen
- Bluthusten/blutiger Auswurf
- Gelenkblutungen
- Sonstige ungewöhnliche Blutungen, wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Sind Sie bereits operiert worden?**

- Ja
- Nein

**Wenn ja, tragen Sie bitte Jahr und Art der OP ein. Bitte erwähnen Sie dabei, ob und zu welchen Komplikationen es gekommen ist. Denken Sie an Blutungen, Nachblutungen, Wundheilungsstörungen, Gabe von Blutkonserven, notwendiger Folgeeingriff?**

Jahr	Art des Eingriffs	Komplikationen? Welche?

**Haben Sie jemals Blutkonserven oder Plasmaprodukte erhalten?**

- Ja
- Nein

**Hatten Sie jemals eine Blutarmut (Anämie)?**

- Ja, wenn ja, was wurde zur Behandlung gegeben (z. B. Eisen oder Vit. B12): \_\_\_\_\_
- Nein

**Wie lange dauert oder dauerte Ihre Monatsblutung ohne Einnahme der Pille in Tagen: \_\_\_\_\_**

**Besteht eine starke und/oder lange Monatsblutung?**

- Ja
- Nein

**Schwangerschaftsvorgeschichte**

**Haben Sie Kinder?**

- Ja, wenn ja, wie viele: \_\_\_\_\_
- Nein

**Gab es Schwangerschaftskomplikationen wie Eklampsie, HELLP-Syndr., Diabetes?**

- Ja
- Nein

**Gabe es Frühgeburten vor der 38. SSW?**

- Ja, wenn ja, in welchen Jahren: \_\_\_\_\_, in welcher Woche: \_\_\_\_\_
- Nein

**Gab es Fehlgeburten?**

- Ja, wenn ja, in welchen Jahren: \_\_\_\_\_, in welcher Woche: \_\_\_\_\_
- Nein

**Sind oder waren Sie in Kinderwunschbehandlung**

- Ja, wenn ja, wie viele Inseminationen: \_\_\_\_, wie viele IVF: \_\_\_\_ wie viele ICSI: \_\_\_\_
- Nein

**Thrombosen, Lungenembolie**

**Hatten Sie jemals Thrombosen und/oder Lungenembolien?**

- Ja, wenn ja, bitte Tabelle unten ausfüllen.
- Nein

Jahr	Ort (Bein, Lunge, Arm, Auge, Darm, Hirn, andere)	Auslösende Situation, wie OP, Bettlägerigkeit, Verletzung, Kortisongabe, Schwangerschaft, Einnahme der „Pille“ (Bitte Präparatename angeben) oder auch „keine“ wenn keine auslösende Situation vorhanden war.

**Arterielle Gefäßverschlüsse**

**Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?**

- Ja, wenn ja, wie oft: \_\_\_\_, in welchen Jahren: \_\_\_\_\_
- Nein

**Hatten Sie jemals einen Schlaganfall?**

- Ja, wenn ja, wie oft: \_\_\_\_, in welchen Jahren: \_\_\_\_\_
- Nein

**Hatten Sie jemals einen Infarkt einer Darmschlagader?**

- Ja, wenn ja, wie oft: \_\_\_\_, in welchen Jahren: \_\_\_\_\_
- Nein

**Hatten Sie jemals einen Verschluss einer Beinarterie?**

- Ja, wenn ja, wie oft: \_\_\_\_, in welchen Jahren: \_\_\_\_\_
- Nein

**Anderen Verschluss (z. B. Auge)?**

- Ja, wenn ja, wo: \_\_\_\_\_ wie oft: \_\_\_\_, in welchen Jahren: \_\_\_\_\_
- Nein

**Familienanamnese**

**Litt oder leidet einer oder mehrere Ihrer Verwandten an Blutungsneigung und/oder Gefäßverschlüssen?**

- Ja, wenn ja, bitte Tabelle ausfüllen
- Nein

Art der Verwandtschaft, z. B. Schwester, Bruder, Vater, Mutter, Tochter, Sohn?	Art des Ereignis, z. B. Blutungsneigung, Thrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt?

**Medikamente**

**Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich Medikamente ein?**

- Ja, wenn ja, bitte Tabelle ausfüllen
- Nein

Präparatname	Dosis

**Haben Sie wirklich an alle Medikamente gedacht? Hier noch einmal eine kleine Auflistung zur Hilfe:**

- Schmerzmittel: ASS, Aspirin, Godamed, Thomapyrin, Spalt, Togat
- Clopidogrel, Plavix oder Iscover;
- Marcumar, Coumadin o. ä.
- Rheumamittel: Diclofenac, Ibuprofen
- Thrombosespritzen (z. B. Heparin, Clexane, Fragmin P)
- Kortison
- Östrogene? Pille zur Verhütung? Hormonersatz?
- Vitamine?

Vielen Dank für Ihre Mühe! Ihr Team der Gerinnungsambulanz!

## **Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen.**

Bitte nach dem Arztgespräch unterzeichnen!

Aufgrund der bei Ihnen und/oder Ihren Angehörigen erhobenen Befunde ist es nach Einschätzung Ihrer behandelnden Ärzte möglich, dass eine Veränderung (Mutation) des Erbgutes besteht, die entweder bereits zu Krankheitszeichen geführt hat oder möglicherweise in Zukunft eine Erkrankung begünstigen kann. Bei Nachweis einer Mutation kann diese ggf. auch an Ihre Kinder weitergegeben worden sein bzw. auch Ihre leiblichen Eltern oder Geschwister könnten betroffen sein.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben und Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht.

Es wird empfohlen, im Falle des Nachweises einer relevanten Veränderung des Erbgutes den Befund mit dem behandelnden Arzt, i.d.R. dem überweisenden Arzt, zu besprechen.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, daß aus der mir entnommenen Blutprobe die Erbsubstanz DNA isoliert und auf genetische Veränderungen (Mutationen) untersucht wird. Ich stimme außerdem zu, daß ein Teil des Materials für Kontrollzwecke archiviert wird. Hiermit erkläre ich gleichzeitig, daß ich über die Aussagekraft und die möglichen Konsequenzen der Untersuchung vom Arzt aufgeklärt wurde. Diese Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Patientenetikett:

Mit der Durchführung der notwendigen genetischen Untersuchungen und der Aufbewahrung zu Kontrollzwecken bin ich einverstanden.

Duisburg, den \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_