

Fragebogen **Mann**

Name:		Vorname:	Geb.-Datum:
Größe cm:	Gewicht kg:	Tel: Mobil-Nr.:	
Rauchen: Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> wieviele?			e-mail:

Grund der Untersuchung:

Bestanden oder bestehen folgende Blutungen?

Blutungen während oder nach OPs?		Hirnblutung?	
Blaue Flecken?		Andere Blutungen?	
Nasenbluten?			
Gelenk-/Muskelblutung?			
Flohstichartige Blutungen?		Hatten Sie Blutarmut, Eisen-/Vit.B12-Mangel, Blutkonserven erhalten?	

Bitte listen Sie alle Ihre OPs auf, ggf Komplikation wie Blutung, Wundheilungsstörung?

Jahr	Eingriff	Komplikation?

Hatten Sie jemals Verschlüsse der Venen (Thrombose/Embolie?)

Jahr	Art (Bein, Lunge, Arm, Auge, Darm, Hirn, andere?)	Auslöser (OP, Bettlägerigkeit, „Pille“, Kortison, Verletzung)?

Hatten Sie jemals Verschlüsse der Arterien (Infarkt?)

Jahr	Herzinfarkt? Schlaganfall? Verschluss Arm/Bein, Auge, Darm?	Auslöser (OP, Bettlägerigkeit, „Pille“, Kortison, Verletzung)?

Fragebogen **Mann**

Leiden Familienangehörige an Thrombosen, Infarkten, Blutungen, Gerinnungsstörungen?		
	Blutungsneigung, z.B. Mangel an Gerinnungsfaktoren 1,7,8,9, 10, 11, von Willebrand-Syndrom, verlängerte Blutungszeit, andere....?	Thromboseneigung, z.B. Faktor-V-Mutation Leiden, Prothrombin-Mutation, Mangel Protein C, S, Antithrombin erhöhtes Lp(a), andere...?
Vater		
Mutter		
Kinder		
Geschwister		
andere		
Einnahme von Medikamenten:		
Allergien/Unverträglichkeiten?		
Marcumar/Coumadin? Xarelto? Eliquis? Lixiana? Pradaxa?		
ASS=Aspirin? Clopidogrel? Efient? Brilique?		
Thrombosespritzen? Arixtra?		
Kortison? (auch als Salbe, Spritzen, Asthmaspray, Tbl.)?		
Sexual-Hormone, z.B. Testosteron?		
Schmerzmittel, auch Bedarfsmedikation?		
Weitere Medikamente (bitte alle angeben)?		
Weitere Erkrankungen?		