

Fragebogen Frau

Name:		Vorname:		Geb.-Datum:	
Größe cm:	Gewicht kg:	Rauchen Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> wieviele?		Tel: Mobil-Nr.:	
Schwangerschaft Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Woche:		Letzte Menstruation?		e-mail:	
Grund der Untersuchung:					
Bestanden oder bestehen folgende Blutungen?					
Blutungen während oder nach OPs?		Hirnblutung?			
Blaue Flecken?		Monatsblutung über 5 Tage Dauer?			
Nasenbluten?		Vorlagenwechsel bei Monatsblutung unter 2 Stunden?			
Gelenk-/Muskelblutung?		Wieviele Tage dauert die Monatsblutung?			
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 **Frau**

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		
Schwangerschaftsvorgeschichte/gynäkologische Erkrankungen		
Anzahl Kinder?		Geburtsjahre?
Anzahl Fehlgeburten?		In welchen SSWs?
Myome?		Endometriose?
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.)?		
Verhütung (Pille, Spirale, Spritze, Vaginalring, Pflaster etc.)?		
Wechseljahrshormone?		
Schmerzmittel, auch Bedarfsmedikation?		
Weitere Medikamente (bitte alle angeben)?		
Weitere Erkrankungen?		