

Persönliche Daten

Name:	Vorname:
Geb.-Datum:	Tel.-Nr. tagsüber:
Größe: _____ cm / Gewicht: _____ kg	Mobil-Nr.:
Raucherin? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wie viele? ___ Zig./Tag	Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Woche? _____
Grund der Untersuchung:	Erster Tag der letzten Monatsblutung: _____.____.201__

Bestanden oder bestehen bei Ihnen folgende Blutungen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutung während oder nach operativen Eingriffen			Flohstichartige Hautblutungen		
Vermehrte blaue Flecken			Hirnblutung		
Blut im Urin/Stuhl			Verstärkte Monatsblutung		
Gelenk-/Muskelblutung			Dauer der Monatsblutung über 5 Tage?		
Nasenbluten			Wenn ja, wie viele Tage dauert diese? _____		

Bitte listen Sie Ihre operativen Eingriffe und evtl. Komplikationen auf:

Jahr	Art des Eingriffs	Komplikation?

Blutarmut (Anämie)	Ja	Nein
Haben Sie jemals Blutkonserven erhalten?		
Wurden Sie jemals wg. Blutarmut (Anämie) behandelt, z. B. mit Eisen, Vitamin B12 ?		

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

Jahr	Ort (Bein, Lunge, Arm, Auge, Darm, Hirn, andere)?	Auslösende Situation wie OP, Bettlägerigkeit, Verletzung, „Pille“, Kortison?

Hatten Sie jemals Verschlüsse der Arterien (Infarkt)?

Jahr	Herzinfarkt? Schlaganfall? Verschluss einer Extremität (Arm/Bein), Darm, Auge?	Auslösende Situation wie OP, Bettlägerigkeit, Verletzung, „Pille“, Kortison?

Leiden Familienangehörige von Ihnen an o. g. Erkrankungen?

Verwandtschaftsgrad	Art der Erkrankung
Eltern	
Geschwister	
Kinder	
andere	

Schwangerschaftsvorgeschichte / gynäkologische Erkrankungen	Ja	Nein
Schwangerschaftskomplikationen, wenn ja, welche?		
Endometriose bekannt?		
Myome der Gebärmutter bekannt?		
Anzahl Kinder? ___ In welchen Jahren geboren?		
Anzahl Fehlgeburten? ___ In welcher SSW/Jahr?		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Marcumar/Coumadin? Xarelto? Pradaxa? Eliquis?
ASS=Aspirin? Clopidogrel? Efient? Aggrenox? Brilique?
Schmerzmittel? Bitte auch Bedarfsmedikation angeben:
Thrombosespritzen? Arixtra?
Kortison?
Verhütung (Name der Pille, Spirale, Implanon, 3 Monatsspritze usw.)?
Hormone (z. B. zur Vermeidung von Wechseljahresbeschwerden)?
Bitte alle weiteren Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel angeben:
Arzneimittelunverträglichkeiten?
Sonstige Allergien?

Das Team des **gzrr** bedankt sich für Ihre Mühe und Mithilfe!