

**Persönliche Daten**

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Geb.-Datum:	Tel.-Nr. tagsüber:
Größe: _____ cm	Mobil-Nr.:
Gewicht: _____ kg	Raucher? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wie viele? ____ Zig./Tag
Grund der Untersuchung:	

**Bestanden oder bestehen bei Ihnen folgende Blutungen?**

	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutung während oder nach operativen Eingriffen			Flohstichartige Hautblutungen		
Vermehrte blaue Flecken			Nasenbluten		
Blut im Urin/Stuhl			Hirnblutung		
Gelenk-/Muskelblutung					

**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, Kortison?

### Hatten Sie jemals Verschlüsse der Arterien (Infarkt)?

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

### Leiden Familienangehörige von Ihnen an o. g. Erkrankungen?

Verwandtschaftsgrad	Art der Erkrankung
Eltern	
Geschwister	
Kinder	
andere	

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Marcumar/Coumadin? Xarelto? Pradaxa? Eliquis?
ASS=Aspirin? Clopidogrel? Efient? Aggrenox? Brilique?
Schmerzmittel? Bitte auch Bedarfsmedikation angeben:
Thromboesespritzen? Arixtra?
Kortison?
Hormone, z. B. Testosteron?
Bitte <b>alle</b> weiteren Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel angeben:
Arzneimittelunverträglichkeiten?
Sonstige Allergien?

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