



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Körpergröße / Gewicht: _____ cm _____ kg

Blutgruppe (falls bekannt): _____

Ihr Hausarzt: _____

Versicherung: _____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

Hypertonie (Bluthochdruck)? Ja Nein Wie hoch, ca.: _____

Sind Sie Raucher? Ja Nein Wie viele pro Tag: _____

Haben Sie häufig Gelenkschmerzen? Ja Nein

Erhöhte Blutfettwerte? Ja Nein Wie hoch, ca.: _____

Sind Sie schwanger? Ja Nein Welche SSW: _____

Diabetes (Zuckerkrankheit)? Ja Nein

Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche und wann: _____

Herzerkrankungen, Rhythmusstörungen? Ja Nein

Wenn ja, welche und wann: _____

Haben Sie einen Infekt / Entzündung? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Thrombosen

Haben oder hatten Sie Thrombosen jeglicher Art (Beinvenenthrombose etc.) Ja Nein

Wenn ja, wann und an welcher Stelle: _____

In welchen Situationen traten die Thrombosen auf? _____

Haben oder hatten Sie eine oder mehrere Lungenembolien? Ja Nein

Wenn ja, wann: _____

Hatten Sie einen Schlaganfall, Herzinfarkt oder sonstigen Gefäßverschluss? Ja Nein

Wenn ja, kam es zu Folgeerscheinungen (z.B. Lähmung einer Körperhälfte, Sprachstörungen, Sehstörungen, etc.)? _____

Haben Sie in den letzten 7 Tagen ASS (Aspirin etc.) eingenommen? Ja Nein

Wenn ja, wann (Uhrzeit) und wieviel: _____

Haben Sie in den letzten Tagen Clopidogrel (Plavix, Iscover) eingenommen? Ja Nein

Wenn ja, wann (Uhrzeit) und wieviel: _____

	erstellt/aktualisiert	freigegeben
Name, Datum	Dr. Tunay Aslan, 10.07.2020	Aysun Yildiz, 10.07.2020



Nehmen Sie Marcumar oder ähnliche Antikoagulantien ein? Ja Nein

Nehmen Sie Schmerz- oder Rheuma-Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie andere Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Spritzen Sie sich zurzeit Heparin? Ja Nein

Wenn ja, welches: _____

Bei Frauen

Sind bei Ihnen Fehlgeburten aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, bitte nachfolgendes ausfüllen:

Zeitpunkt der Fehlgeburt (Monat/Jahr): _____

In welcher Schwangerschaftswoche trat die Fehlgeburt auf: _____

Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Monatsblutungen verlängert (>7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Tamponwechsel) sind? Ja Nein

Blutungsanamnese (weitere Details werden in der Ambulanz abgefragt)

Nasenbluten Ja Nein

Blaue Flecken oder punktförmige Bltg. Ja Nein

Blutungen aus kleinen Wunden Ja Nein

Mundhöhle- Blutungen Ja Nein

Blutungen nach Zahnextraktion Ja Nein

Blutungen Magen-Darm Ja Nein

Harnwegsblutungen (Hämaturie) Ja Nein

Blutungen nach operativen Eingriffen Ja Nein

Verstärkte oder verlängerte Monatsblutung Ja Nein

Nachgeburtliche Blutung Ja Nein

Muskelhämatome Ja Nein

Gelenkblutungen Ja Nein

ZNS-Blutungen Ja Nein

Andere Blutungen bitte kurz beschreiben:

Familienerkrankungen (Thrombose, Blutungen, Fehlgeburten etc.)

Vater: _____

Mutter: _____

Kinder: _____

andere direkte Verwandte: _____



Einverständniserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Gerinnungssprechstunde lässt Teile der laborärztlichen Untersuchungen durch Partner-Labore und deren Mitarbeiter erbringen. Eine hierfür zwingend notwendige Weitergabe von Proben, Patientendaten u.ä. ist nur dann möglich, wenn Sie hierzu Ihre ausdrückliche schriftliche Einwilligung erteilen.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Weitergabe der im Zusammenhang mit dem Behandlungsvertrag erhobenen Daten. Ebenso erkläre ich mich mit der Übermittlung der Untersuchungsergebnisse an mitbehandelnde Ärzte und Kliniken einverstanden und entbinde die Praxis hiermit diesbezüglich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass aus der mir/meinem Kind entnommenen Blutprobe die Erbsubstanz DNA isoliert wird und auf genetische Veränderungen untersucht wird.

Hiermit erkläre ich gleichzeitig, dass ich über die Aussagekraft und die möglichen Konsequenzen der angeforderten Untersuchungen von meinem Arzt aufgeklärt worden bin.

Mit einer anonymisierten oder pseudonymisierten Auswertung der erhobenen Untersuchungsbefunde erkläre ich mich einverstanden.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ich bestätige, dass alle Angaben vollständig und nach besten Wissen und Gewissen erfolgen.

Datum / Unterschrift: _____