

Herzlich willkommen in der Gerinnungssprechstunde!

Ihre behandelnde Ärztin/Ihr behandelnder Arzt hat Sie mit Verdacht auf eine Gerinnungsstörung an uns überwiesen.

Ihre Krankenvorgeschichte kann bereits entscheidende Hinweise auf die Ursache Ihrer Erkrankung geben, z. B. ob es sich um eine angeborene (familiäre) oder erworbene Veränderung handelt.

Daher bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung

Dr. med. Markus Compes



_____ Datum

Persönliche Angaben

_____ Name

_____ Vorname

_____ Geburtsdatum

_____ Telefonnummer

_____ Mobil

Größe/Gewicht

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Rauchen Sie?

- ja pro Tag _____ Zigaretten
 nein

Welches der folgenden Gesundheits-/Gerinnungsprobleme liegt bei Ihnen/in Ihrer Familie vor?

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Blutungsprobleme | <input type="checkbox"/> persönlich | <input type="checkbox"/> familiär |
| Thrombose/Embolie | <input type="checkbox"/> persönlich | <input type="checkbox"/> familiär |
| Herzinfarkt/Schlaganfall | <input type="checkbox"/> persönlich | <input type="checkbox"/> familiär |
| Schwangerschaftskomplikationen | <input type="checkbox"/> persönlich | <input type="checkbox"/> familiär |
| Fehlgeburten | <input type="checkbox"/> persönlich | <input type="checkbox"/> familiär |

Sonstiges _____



Blutungen

Leiden Sie unter Blutungen, die ohne ersichtlichen Grund auftreten?

ja nein

Welche Art von Blutungen treten auf?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> spontane blaue Flecken (1) | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl/Teerstuhl oder Bluterbrechen (6) |
| <input type="checkbox"/> Nasenbluten (2) | <input type="checkbox"/> Bluthusten/blutiger Auswurf (7) |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten (3) | <input type="checkbox"/> Muskelblutung (8) |
| <input type="checkbox"/> blutiger Urin (4) | <input type="checkbox"/> Gelenkblutungen (9) |
| <input type="checkbox"/> punktförmige Blutungen der Haut (5) | <input type="checkbox"/> Hirnblutung (10) |

Sonstige Blutungen (11) _____

Häufigkeit (bitte entsprechende Nummer angeben):

Nr. ____ pro Monat Nr. ____ pro Monat
Nr. ____ pro Monat Nr. ____ pro Monat

Operationen/Zahnextraktionen in der Vorgeschichte

Sind Sie schon einmal operiert worden oder sind Zähne entfernt worden?

ja (bitte nachfolgende Tabelle ausfüllen) nein

Jahr	Art des Eingriffs	Komplikationen

Haben Sie schon einmal eine Blutkonserve oder Plasmaprodukte erhalten?

ja, im Jahr/in den Jahren _____
 nein

Hatten Sie schon einmal eine Blutarmut (Anämie)?

ja Behandlung mit _____
 nein



Verhütung/Monatsblutung

Nehmen Sie die Pille?

- ja Präparat _____
 nein

Monatsblutung: Besteht eine starke Monatsblutung?

- unter Einnahme der Pille ja nein
ohne Einnahme der Pille ja nein
Dauer der Monatsblutung _____ Tage
letzte Monatsblutung _____

Schwangerschaft

Sind Sie schwanger?

- ja Schwangerschaftswoche _____
 nein

Haben Sie Kinder?

- ja Anzahl _____ Geburtsjahr(e) _____
 nein

Gab es Schwangerschaftskomplikationen wie Eklampsie, HELLP-Syndrom, Diabetes?

- ja welche _____
 nein

Gab es Frühgeburten vor der 38. SSW?

- ja im Alter von _____ Jahren Anzahl _____ in der _____ Woche
 nein

Gab es Fehlgeburten?

- ja im Alter von _____ Jahren Anzahl _____ in der _____ Woche
 nein

Sind oder waren Sie in Kinderwunschbehandlung?

- ja Anzahl der Termine _____ Anzahl IVF _____ Anzahl ICSI _____
 nein



Thrombose/Embolie

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose und/oder eine Embolie?

ja (bitte nachfolgende Tabelle ausfüllen) nein

Jahr	Lokalisation (z. B. Bein, Lunge, Arm, Auge, Darm, Hirn usw.)	auslösende Situation (z. B. während oder kurz nach Operationen, Bettlägerigkeit, Ver- letzung, Flugreise, Schwangerschaft, Einnahme der Pille (bitte das Präparat angeben) oder auch „keine“, wenn keine auslösende Situa- tion vorhanden war)

Arterielle Gefäßverschlüsse

Hatten Sie jemals einen ...

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	In welchem Alter?		<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	In welchem Alter?		<input type="checkbox"/> nein
Infarkt/Verschluss einer Darmarterie	<input type="checkbox"/> ja	In welchem Alter?		<input type="checkbox"/> nein
Verschluss einer Beinarterie	<input type="checkbox"/> ja	In welchem Alter?		<input type="checkbox"/> nein
anderen Gefäßverschluss	<input type="checkbox"/> ja	In welchem Alter?		<input type="checkbox"/> nein

Sonstige Vorerkrankungen

Sind Ihnen sonstige Vorerkrankungen bekannt?



Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich Medikamente ein?

ja (bitte nachfolgende Tabelle ausfüllen) nein

Präparat	Dosis

Haben Sie wirklich an alle Medikamente gedacht?

Schmerzmittel: ASS, Aspirin, Godamed, Thomapyrin, Spalt, Togat o. ä.
Rheumamittel: Diclofenac, Ibuprofen o. ä.
Gerinnungshemmende Mittel: Clopidogrel, Plavix oder Iscover, Marcumar, Coumadin o. ä.
Thrombosespritzen: Heparin, Clexane, Fragmin P, Innohep, Monoembolex o. ä.
Sonstiges: Kortison, Östrogene, Pille zur Verhütung, Hormonersatz, Vitamine o. ä.

Familienanamnese

Litt bzw. leidet einer oder litten bzw. leiden mehrere Ihrer Verwandten an Blutungsneigung und/oder Gefäßverschlüssen?

ja (bitte nachfolgende Tabelle ausfüllen) nein

Art der Verwandtschaft (z. B. Bruder, Schwester, Vater, Mutter, Sohn, Tochter)	Art des Ereignisses (z. B. Blutung, Schlaganfall, Thrombose, Embolie, Herzinfarkt)	In welchem Alter?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Es ist möglich, dass im Rahmen der Gerinnungsdiagnostik auch Untersuchungen auf angeborene genetische Veränderungen erforderlich werden.

Bitte unterschreiben Sie daher im Anschluss an das Arztgespräch die folgende Einverständniserklärung zu einer genetischen Untersuchung.

Einverständniserklärung zu einer genetischen Untersuchung

Untersuchung _____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das von mir entnommene Probenmaterial auf genetische Veränderungen (Mutationen) bezogen auf die o. g. Angaben untersucht wird. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten molekulargenetischen/zytogenetischen Untersuchung aufgeklärt und beraten worden zu sein. In Kenntnis meines jederzeitigen Widerrufsrechts erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung der Untersuchung.

Erklärung zur Vernichtung der Probe

Die Probe wird nach Erfüllung des Untersuchungszwecks gemäß Standardregelung laut § 13 GenDG vernichtet.

- Ich wünsche nach Erfüllung des Untersuchungszwecks eine Aufbewahrung noch vorhandenen Probenmaterials bis zu 6 Monaten.
- Ich bin mit einer Verwendung überschüssigen Untersuchungsmaterials in anonymisierter Form für Qualitätskontrollen einverstanden.

Erklärung zur Aufbewahrung und Vernichtung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der durchgeführten genetischen Untersuchung werden 10 Jahre gemäß Standardregelung laut § 13 GenDG aufbewahrt. Falls gewünscht, ist eine hiervon abweichende Regelung möglich.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient
(bzw. der gesetzlichen Vertretung)

Unterschrift Ärztin/Arzt