



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. Dirk Happich

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	☐ persönlich	☐ familiär
Thrombose/Embolie	☐ persönlich	☐ familiär
Herzinfarkt/Schlaganfall	☐ persönlich	☐ familiär

Sonstiges _____



Blutungen

Leiden Sie unter Blutungen, die ohne ersichtlichen Grund auftreten?

☐ ja ☐ nein

Welche Art von Blutungen treten auf?

- | | |
|--|---|
| ☐ spontane blaue Flecken (1) | ☐ Blut im Stuhl/Teerstuhl oder Bluterbrechen (6) |
| ☐ Nasenbluten (2) | ☐ Bluthusten/blutiger Auswurf (7) |
| ☐ Zahnfleischbluten (3) | ☐ Muskelblutung (8) |
| ☐ blutiger Urin (4) | ☐ Gelenkblutungen (9) |
| ☐ punktförmige Blutungen der Haut (5) | ☐ 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



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, Verletzung, Flugreise, oder auch „keine“, wenn keine auslösende Situation vorhanden war)

Arterielle Gefäßverschlüsse

Hatten Sie jemals einen ...

Herzinfarkt	☐ ja	In welchem Alter?		☐ nein
Schlaganfall	☐ ja	In welchem Alter?		☐ nein
Infarkt/Verschluss einer Darmarterie	☐ ja	In welchem Alter?		☐ nein
Verschluss einer Beinarterie	☐ ja	In welchem Alter?		☐ nein
anderen Gefäßverschluss	☐ ja	In welchem Alter?		☐ 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, Tegal 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, 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.

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 genetischen Untersuchung aufgeklärt und beraten worden zu sein. In Kenntnis meines jederzeitigen Widerrufsrechts erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung der Untersuchung.

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen (Nichtzutreffendes bitte streichen):

- Ich bin mit der Aufbewahrung des Materials zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse oder für spätere Diagnosemöglichkeiten einverstanden.
- Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung des Materials für Qualitätssicherung oder wissenschaftliche Fragestellungen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form einverstanden.
- Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.
- Ich bin mit der Übertragung der genetischen Befunde in meine elektronische Patientenakte (ePA) einverstanden.

Mitteilung von Zufallsbefunden:

In seltenen Fällen können sich medizinische Erkenntnisse ergeben, die nicht in einen Zusammenhang mit der o. g. klinischen Fragestellung gebracht werden können, aber nach aktuellem Kenntnisstand (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) für mich oder meine Familie von therapeutischer oder prophylaktischer Relevanz sind. Ich wünsche die Mitteilung solcher Zufallsbefunde (keine Auswahl wird als NEIN gewertet).

☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient
(bzw. der gesetzlichen Vertretung)

Unterschrift Ärztin/Arzt