

Protokollblatt Gerinnung Frau

Persönliche Daten

Name:	Vorname:
Geb.-Datum:	Tel.-Nr. tagsüber:
Größe: _____ cm / Gewicht: _____ kg	Mobil-Nr.:
Raucher? Nein Ja Wie viele? _____	Schwangerschaft? Nein Ja SSW? _____
Grund der Untersuchung:	

Bestand 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					
Gelenk-/Muskelblutung			Verstärkte Monatsblutung		
Nasenbluten			Wenn ja, viele Tage dauert diese?		

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

Jahr	Art des Eingriffs	Komplikationen?

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

Protokollblatt Gerinnung Frau

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

Anzahl Kinder?	
Anzahl Fehlgeburten?	
Schwangerschafts- komplikationen?	

Protokollblatt Gerinnung Frau

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Bitte auflühren, danke!
Marcumar/Coumadin?
ASS/Clopidogrel? Prasugrel? Aggrenox?
Schmerzmittel? Bitte auch Bedarfsmedikation angeben:
Thromboosespritzen?
Kortison

Das Team des MLH bedankt sich für Ihre Mühe und Mithilfe!