

| | | | |
|-------------------------------|---------------|---|------------------------------------|
| Patienten- angaben | Name: | | (oder) Patientenetikett |
| | Vorname: | | |
| | Geburtsdatum: | | |
| | Geschlecht: | <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich | |

Bitte beantworten Sie folgende Fragen durch Ankreuzen bzw. Ausfüllen.

| Frage | Antwort |
|---|---|
| Hatte der Patient bereits eine venöse Thrombose? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Wenn „ja“: Anzahl der bereits stattgehabten Thrombosen: | |
| Wenn „ja“: Lokalisation der Thrombose/n: | |
| Hatte der Patient bereits einen arteriellen Gefäßverschluss (Infarkt)? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Wenn „ja“: Anzahl der bereits stattgehabten Infarkte: | |
| Wenn „ja“: Lokalisation der/des Infarkte/s: | |
| Hatten Verwandte 1. Grades bereits einen Gefäßverschluss? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Ist bei dem Patienten eine endokrinologische Erkrankung bekannt (Lipidstoffwechsel, Diabetes mellitus, ect.)? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Ist bei dem Patienten eine Autoimmunerkrankung bekannt? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Hat der Patient ein Malignom bzw. erfolgt/e eine Chemotherapie? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Hat der Patient eine Varikosis? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Sonstige Grunderkrankungen: | |
| Reist der Patient häufig bzw. lange (z. B. Flugreisen)? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Besteht zurzeit eine Immobilisation (Operation, ect.)? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Hat der Patient einen Gips oder Verband? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Hat der Patient Übergewicht? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Raucht der Patient? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Wenn „ja“: Anzahl der Zigaretten pro Tag /über Zeitraum in Jahren |Zigaretten/Tag seit.....Jahren |
| Trägt der Patient Stützstrümpfe? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Besteht zu Zeit eine Therapie mit Heparin? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Besteht zur Zeit eine Medikation mit Aspirin® (Acetylsalicylsäure), Aspirin-haltige Schmerzmittel (z. B. Thrombo-ASS®, Herz-ASS®, Colfarit®, Thomapyrin®), Marcumar®, Plavix®, Iscover®, Tiklyd®? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Werden zurzeit Antiphlogistika eingenommen (z. B. Ibuprofen, Voltaren®, Proxen®, ect.)? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Sofern eine Medikation erfolgt: Präparat / Dosis | |

| Nur bei weiblichen Patientinnen: | Antwort |
|--|---|
| Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Hatte die Patientin bereits einen oder mehrere Aborte? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Nimmt die Patientin Antikonzeptiva / östrogenhaltige Medikamente? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Sofern eine Medikation erfolgt: Präparat / Dosis | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Sonstige Hinweise oder Informationen / sonstige Medikamente | |
| | |

AescuLabor Hamburg
Haferweg 36
22769 Hamburg

Tel. 040 - 33 44 11 - 9944 Kundenbetreuung
- 847 Gerinnung