

<b>Patienten- angaben</b>	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 des / der 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, etc.) ?	<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 zur Zeit eine Immobilisation (Operation, etc.) ?	<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 zur Zeit eine Therapie mit Heparin ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Besteht zur Zeit eine Medikation mit Aspirin® (Acetylsalicylsäure), Aspirin-haltigen Schmerzmittel (z. B. Thrombo-ASS®, Herz-ASS®, Colfarit®, Thomapyrin®), Marcumar®, Plavix®, Iscover®, Tiklide® ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Werden zur Zeit Antiphlogistika eingenommen (z. B. Voltaren®, Proxen®, Seractil®, Xefo®, etc.) ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sofern eine Medikation erfolgt: Präparat / Dosis ?	
<b>Nur bei weiblichen Patientinnen:</b>	<b>Antwort</b>
Besteht zur Zeit 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 ?	
<b>Sonstige Hinweise oder Informationen / sonstige Medikamente ?</b>	