

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



## Fragebogen zur Thrombophilie



<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> x	<input type="text"/>
<b>Geschlecht</b>			<b>Beruf</b>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Thrombose/Embolie</b>	wann?	wie oft?
<input type="checkbox"/> mit Anlass (z. B. bis 6 Wochen post Op., Immobilisation [bis 6 Wochen vor dem Ereignis])	<b>Lokalisation</b>	<b>Lungenembolie</b>
<input type="checkbox"/> ohne Anlass	<input type="checkbox"/> Unterschenkel	<input type="checkbox"/> einseitig
	<input type="checkbox"/> Oberschenkel	<input type="checkbox"/> beidseitig
	<input type="checkbox"/> Becken	
	<input type="text"/>	
	andere Lokalisation	

<b>Herzinfarkt</b>	<b>Schlaganfall</b>	<b>PAVK</b>	<b>Vorhofflimmern</b>	<b>Rauchen</b>	<b>Tumorerkrankung</b>
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> aktiv				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Remission					
					<input type="text"/>
					seit wann?

<b>Familienanamnese</b>	<b>Pille</b>	<b>Schwanger</b>
Thrombose bei Verwandten 1. Grades (Eltern, Kinder)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> mit Anlass <input type="checkbox"/> ohne Anlass <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
In welchem Alter?		

<b>Medikamente</b>	<input type="checkbox"/> Aggregationshemmer (ASS, Plavix)	<input type="checkbox"/> Heparin (LMW, unfr.)	<input type="checkbox"/> Apixaban	<input type="checkbox"/> Dabigatran
	<input type="checkbox"/> Marcumar	<input type="checkbox"/> Rivaroxaban	<input type="checkbox"/> Edoxaban	