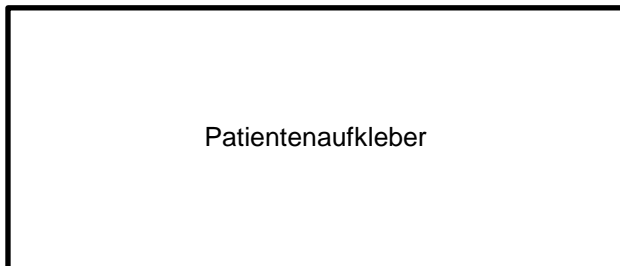


FB-TA_001_Patientenfragebogen

Patientenfragebogen



Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Was sind Ihre aktuellen Medikamente?

Gerinnungshemmende Medikamente

- | | | |
|---------|--------------|-----------------------|
| 1 | Dosis: | wann (Uhrzeit)? |
| 2 | Dosis: | wann (Uhrzeit)? |
| 3 | Dosis: | wann (Uhrzeit)? |
| 4 | Dosis: | wann (Uhrzeit)? |

Andere Medikamente (auch Nahrungsergänzungsmittel, pflanzliche oder homöopathische Präparate)

.....
.....

Rauchen Sie? (wenn ja, wie viele Zigaretten tgl. und seit/bis wann?)

Für Frauen

Nehmen Sie ein Hormonpräparat ein (z.B. zur Verhütung)?

Nein

Ja (welches?):.....

Sind Sie aktuell schwanger? Nein

Ja (Woche?):..... Errechn. Termin:

Frühere Schwangerschaften? Nein

Ja (wieviele?):..... Fehlgeburten (wieviele?)

↓ ↓ **NUR BEIM ERSTEN BESUCH BEI UNS AUSFÜLLEN** ↓ ↓

Erkrankungen bei Ihnen oder Verwandten? (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder)

Tiefe Venenthrombose: ich selbst Verwandter:

Lungenembolie: ich selbst Verwandter:

Herzinfarkt: ich selbst Verwandter:

Schlaganfall: ich selbst Verwandter:

Andere Blut- oder Gefäßerkrankung: ich selbst Verwandter:

Hatten Sie Operationen? (auch größere zahnärztliche Eingriffe)

OP Wann? OP Wann?

OP Wann? OP Wann?

OP Wann? OP Wann?