Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem nderungsdienst

ukb universitäts klinikum bonn

Patientenfragebogen Hämostaseologische Ambulanz

Patientenaufkleber

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)? o Nein o Ja (welches?):……

Sind Sie aktuell schwanger? o Nein o Ja (Woche?):…… Errechn. Termin: ……

Frühere Schwangerschaften? o Nein o Ja (wieviele?):…….. Fehlgeburten (wieviele?) …….

↓ ↓ NUR BEIM ERSTEN BESUCH BEI UNS AUSFÜLLEN ↓ ↓

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

Tiefe Venenthrombose: o ich selbst o Verwandter: ……..

Lungenembolie: o ich selbst o Verwandter: ……..

Herzinfarkt: o ich selbst o Verwandter: ……..

Schlaganfall: o ich selbst o Verwandter: ……..

Andere Blut- oder Gefäßerkrankung: o ich selbst o Verwandter: ……..

Hatten Sie Operationen? (auch größere zahnärztliche Eingriffe)

OP …… Wann? …… OP …… Wann? ……

OP …… Wann? …… OP …… Wann? ……

OP …… Wann? …… OP …… Wann? ……