

Thrombophilie

Praxisstempel

Name, Vorname des Versicherten	Geb. am	
Größe	Gewicht	Datum der Blutentnahme

Ereignis

Patient ohne thromboembolisches Ereignis (Angaben zur Familienanamnese auf der Rückseite erforderlich)

Patient mit gesichertem thromboembolischem Ereignis (tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie, atypische Thrombose)

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Ereignis | Zeitpunkt: _____ | Risikofaktoren: _____ | <input type="checkbox"/> idiopathisch |
| <input type="checkbox"/> 2. Ereignis | Zeitpunkt: _____ | Risikofaktoren: _____ | <input type="checkbox"/> idiopathisch |
| <input type="checkbox"/> 3. Ereignis | Zeitpunkt: _____ | Risikofaktoren: _____ | <input type="checkbox"/> idiopathisch |

Risikofaktoren: Hormontherapie (H), Schwangerschaft (S), Wochenbett (W), Immobilisation (I), Adipositas (A), Malignom (M), Operation (O), Flugreise (F), Nikotinabusus (N)

Lokalisation der Thrombose	1. Ereignis	2. Ereignis	3. Ereignis
Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefe Beinvenenthrombose Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefe Beinvenenthrombose Oberschenkel (mit V. poplitea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusvenenthrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesenterial-/Pfortaderthrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armvenenthrombose oder Thrombose in V. subclavia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelvenenthrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Lokalisation: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residuen nachgewiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient mit anderem Ereignis

- | | |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Abortneigung (> 2 Aborte) | SSWs: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaftskomplikationen (HELLP-Syndrom, Eklampsie) | Zeitpunkt: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zentralvenenthrombose (Auge) | Zeitpunkt: _____ |
| <input type="checkbox"/> Thrombophlebitis | Zeitpunkt: _____ |
| <input type="checkbox"/> Arteriellles Ereignis | Zeitpunkt: _____ |
| <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Apoplex <input type="checkbox"/> PAVK | |

Sonstiges: _____

Medikation

Aktuelle Antikoagulation	Letzte Gabe vor Blutentnahme in h	Dosis
<input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Apixaban (Eliquis®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Edoxaban (Lixiana®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Vitamin-K-Antagonisten (z. B. Marcumar®, Falithrom®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Niedermolekulares Heparin	_____	_____
<input type="checkbox"/> Fondaparinux (Arixtra®)	_____	_____

Aktuelle antithrombozytäre Medikation

Acetylsalicylsäure Andere: _____

Andere Medikation:

Familienanamnese

Verwandte ersten Grades mit thromboembolischem Ereignis

Ein Verwandter Mehrere Verwandte

Weitere Verwandte mit thromboembolischem Ereignis

Ein Verwandter Mehrere Verwandte

Vorbefunde aus Thrombophiliediagnostik in der Familie bekannt:

Ernährung

Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten (vegetarisch, vegan, ketogen, proteinreich, o.ä.)?

Bemerkungen
