

# 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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_