

Patientenfragebogen

Praxis für Angiologie – Gefäßmedizin, am St.-Agnes Hospital im Ärztehaus III, 2. OG

Liebe Patientin, lieber Patient,

Datum: _____

um die Untersuchung und Behandlung effektiver und für Sie schneller durchführen zu können, beantworten Sie uns bitte folgende Fragen:

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____ Straße: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Handy- Nr.: _____ Hausarzt: _____ private Krankenkasse: _____

Beruf: _____ Alter: _____ Jahre • Größe: _____ cm • Gewicht: _____ kg

1. Trat bei Ihren Geschwistern, Eltern oder Kindern ein **Herzinfarkt** oder **Schlaganfall** auf? Alter beim Ereignis: _____ Jahre nein zu 1 ja

2. Trat bei Ihren Geschwistern, Eltern oder Kindern eine **Venenthrombose** oder **Lungenembolie** auf? Alter beim Ereignis: _____ Jahre nein zu 2 ja

3. Besteht bei Ihnen eine **erhöhte Blutungsneigung** oder Blutgerinnungsstörung, z.B. häufig Nasen-/ Zahnfleischbluten oder Nachblutungen? nein zu 3 ja

4. Trat bei Ihnen schon einmal eine **Venenthrombose** oder **Lungenembolie** auf? Alter beim Ereignis: _____ Jahre nein zu 4 ja

5. Werden regelmäßig oder derzeit **blutgerinnungshemmende Medikamente** eingenommen? Wenn ja, welche: _____ nein zu 5 ja

Marcumar , ASS 100 , Clopidogrel , Pradaxa , Xarelto, Rivaroxaban , Eliquis, Apixaban , Lixiana , Arixtra-Spritze , Heparin-Spritze ,

6. Besteht bei Ihnen eine **Allergie** (z.B. Medikamente, Kontrastmittel)? Wenn ja, welche: _____ nein zu 6 ja

7. Risikofaktoren bei Gefäßkatheter- Eingriffen: **Nierenschwäche** , **Grüner Star/ Glaukom** , **Schilddrüsenüberfunktion** , **Metformin** ,

8. Besteht/ Bestand bei Ihnen eine **Herz-Kreislauf-Erkrankung**? Wenn ja, welche: _____ nein zu 8 ja

Vorhofflimmern , Stent , Herzbybypass-Op , Herzklappen-Op , Herzschrittmacher , Herzinfarkt , Schlaganfall , Jahr: _____

9. Bestand ein **Magengeschwür** , eine **Magen-/ Darmblutung** oder eine **Gehirn-/Rückenmarksblutung** , Ereignis-Jahr: _____ nein zu 9 ja

10. Besteht/ Bestand eine **Tumor-/Krebserkrankung**? Wenn ja, welche: _____ Jahr: _____ nein zu 10 ja

11. Besteht/ Bestand eine **Gefäßerkrankung**? Wenn ja, welche: _____ nein zu 11 ja

Gefäßverschluss , Ballon , Stent , Bypass-Op , | Krampfader-Op rechts -links , Thrombose , Jahr des Ereignisses: _____, Kompressionsstrümpfe

12. **Risikofaktoren für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung**: Raucher , Ex-Raucher , Bluthochdruck , Hohe Blutfette , **Zuckerkrankheit** , Insulin , Metformin

13. Derzeitige **Medikamente**: _____

14. Derzeitige **Beschwerden**: _____

Ihre Unterschrift: _____