



## Patientenfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,  
bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig. So können wir die Untersuchung und Behandlung effizienter vorbereiten und für Sie schneller durchführen.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Name, Vorname:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/><br><b>Geburtsdatum:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/><br><b>Telefonnummer:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/><br><b>Handynummer:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/><br><b>Beruf:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/> <b>Alter:</b> <input style="width: 10%;" type="text"/> Jahre | <b>Straße/Hausnr.:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/><br><b>Ort/Postleitzahl:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/><br><b>Hausarzt:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/><br><b>Krankenkasse:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/><br><b>Größe:</b> <input style="width: 10%;" type="text"/> cm <b>Gewicht:</b> <input style="width: 10%;" type="text"/> kg |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 1. Trat bei Ihren <b>Geschwistern, Eltern oder Kindern</b> ein <b>Herzinfarkt</b> oder <b>Schlaganfall</b> auf?<br>Alter bei dem Ereignis: <input style="width: 50px;" type="text"/> Jahre                                                                                                                                                                                              | <input type="radio"/> <i>nein</i><br><input type="radio"/> <i>ja</i> |
| 2. Trat bei Ihren <b>Geschwistern, Eltern oder Kindern</b> eine <b>Venenthrombose/ Lungenembolie</b> auf?<br>Alter bei dem Ereignis: <input style="width: 50px;" type="text"/> Jahre                                                                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> <i>nein</i><br><input type="radio"/> <i>ja</i> |
| 3. Besteht bei Ihnen eine <b>erhöhte Blutungsneigung</b> oder Blutgerinnungsstörung, z.B. häufiges Nasen-/ Zahnfleischbluten oder Nachblutungen?                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="radio"/> <i>nein</i><br><input type="radio"/> <i>ja</i> |
| 4. Hatten Sie schon einmal eine <b>Venenthrombose</b> ?<br>Alter bei dem Ereignis: <input style="width: 100px;" type="text"/> Jahre                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="radio"/> <i>nein</i><br><input type="radio"/> <i>ja</i> |
| 5. Hatten Sie schon einmal eine <b>Lungenembolie</b> ?<br>Alter bei dem Ereignis: <input style="width: 100px;" type="text"/> Jahre                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> <i>nein</i><br><input type="radio"/> <i>ja</i> |
| 6. Werden regelmäßig oder derzeit <b>blutgerinnungshemmende Medikamente</b> eingenommen?<br>Wenn ja, welche:                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="radio"/> <i>nein</i><br><input type="radio"/> <i>ja</i> |
| <input type="radio"/> <i>Marcumar</i> <input type="radio"/> <i>ASS</i> <input type="radio"/> <i>Clopidogrel</i> <input type="radio"/> <i>Pradaxa</i> <input type="radio"/> <i>Lixiana</i><br><input type="radio"/> <i>Xarelto/ Rivaroxaban</i> <input type="radio"/> <i>Eliquis/ Apixaban</i> <input type="radio"/> <i>Arixtra-Spritze</i> <input type="radio"/> <i>Heparin-Spritze</i> |                                                                      |
| 7. Besteht bei Ihnen eine <b>Allergie</b> (z.B. Medikamente, Kontrastmittel)?<br>Wenn ja, welche: <input style="width: 150px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="radio"/> <i>nein</i><br><input type="radio"/> <i>ja</i> |
| 8. Risikofaktoren bei Gefäßkathetereingriffen. Bitte Zutreffendes ankreuzen:<br><input type="radio"/> <b>Nierenschwäche</b> <input type="radio"/> <b>Grüner Star/Glaukom</b> <input type="radio"/> <b>Schilddrüsenüberfunktion</b> <input type="radio"/> <b>Metformin</b>                                                                                                               |                                                                      |
| 9. Besteht/ bestand bei Ihnen eine <b>Herz-/Kreislauferkrankung</b> ?<br>Wenn ja, welche:                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="radio"/> <i>nein</i><br><input type="radio"/> <i>ja</i> |
| <input type="radio"/> <i>Herzklappen-OP</i> <input type="radio"/> <i>Herzinfarkt</i> <input type="radio"/> <i>Herzbypass-OP</i> <input type="radio"/> <i>Herzschrittmacher</i><br><input type="radio"/> <i>Vorhofflimmern</i> <input type="radio"/> <i>Stent</i> <input type="radio"/> <i>Schlaganfall</i>                                                                              |                                                                      |
| 10. Besteht/ bestand bei Ihnen ein/e...<br><input type="radio"/> <b>Magengeschwür</b> <input type="radio"/> <b>Magen-/ Darmblutung</b> <input type="radio"/> <b>Gehirn-/ Rückenmarksblutung</b>                                                                                                                                                                                         | <input type="radio"/> <i>nein</i><br><input type="radio"/> <i>ja</i> |
| 11. Besteht/ bestand eine <b>Tumor-/ Krebserkrankung</b> ?<br>Wenn ja, welche: <input style="width: 150px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="radio"/> <i>nein</i><br><input type="radio"/> <i>ja</i> |
| 12. Besteht/ bestand eine <b>Gefäßerkrankung</b> ?<br>Wenn ja, welche:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="radio"/> <i>nein</i><br><input type="radio"/> <i>ja</i> |
| <input type="radio"/> <i>Gefäßverschluss</i> <input type="radio"/> <i>Krampfader-OP rechts</i> <input type="radio"/> <i>Stent</i> <input type="radio"/> <i>Bypass-OP</i><br><input type="radio"/> <i>Ballon</i> <input type="radio"/> <i>Krampfader-OP links</i> <input type="radio"/> <i>Thrombose</i> <input type="radio"/> <i>Kompressionsstrümpfe</i>                               |                                                                      |
| 13. <b>Risikofaktoren für eine Herzkreislauferkrankung:</b><br><input type="radio"/> <i>Raucher</i> <input type="radio"/> <i>Bluthochdruck</i> <input type="radio"/> <i>Hohe Blufette</i> <input type="radio"/> <b>Zuckerkrankheit (Diabetes)</b> <input type="radio"/> <i>Insulin</i><br><input type="radio"/> <i>Ex-Raucher</i> <input type="radio"/> <b>Metformin</b>                | <input type="radio"/> <i>nein</i><br><input type="radio"/> <i>ja</i> |
| 14. Derzeitige <b>Medikamente:</b> <input style="width: 500px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      |
| 15. Derzeitige <b>Beschwerden:</b> <input style="width: 500px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      |

Ort, Datum

Unterschrift