

Gesundheitsrisiken – Checkliste

Name, Vorname _____ geb.: _____ ID-Nr _____

1. Haben Sie eine bestehende Thromboembolie oder Thromboembolie in der Vorgeschichte? (z.B. tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt, Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke, Angina pectoris)

☐ja ☐nein ☐nicht bekannt

2. Gibt es bekannte Blutgerinnungsstörungen?

☐ja ☐nein ☐nicht bekannt

3. Haben Sie Migräneanfälle?

☐ja ☐nein

Ist eine Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen (Aura) bekannt?

☐ja ☐nein ☐nicht bekannt

4. Liegt ein Diabetes mellitus vor?

☐ja ☐nein ☐nicht bekannt

5. Haben Sie hohen Blutdruck, d.h. systolisch 140-159 oder diastolisch 90-99mmHg oder höher?

☐ja ☐nein ☐nicht bekannt

6. Haben Sie oder ein naher Angehöriger hohe Blutfettwerte?

☐ja ☐nein ☐nicht bekannt

7. Steht ein größerer chirurgischer Eingriff bevor?

☐ja ☐nein ☐nicht bekannt

8. Maße (in etwa)

Gewicht _____ Kg und Größe _____ cm

BMI falls bekannt.....

9. Sind Sie älter als 35 Jahre?

☐ja ☐nein

10. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

☐ja ☐nein

11. Hat ein naher Angehöriger in jüngeren Jahren (unter 50 Jahren) ein thromboembolisches Ereignis gehabt?

☐ja ☐nein ☐nicht bekannt

12. Leiden Sie an einer kardiovaskulären Erkrankung wie Vorhofflimmern, Herzrhythmus-störungen, koronarer Herzkrankheit oder Herzklappenerkrankung?

☐ja ☐nein ☐nicht bekannt

13. Haben Sie in den letzten Wochen entbunden?

☐ja ☐nein

14. Treten Sie in nächster Zeit einen längeren Flug (über 4 Stunden) oder eine Reise mit täglichen Fahrzeiten über 4 Stunden an?

☐ja ☐nein

15. Haben Sie eine andere Erkrankung, die das Risiko für eine Thrombose erhöhen kann? (Krebs, systemischer Lupus Erythematodes, Sichelzellanämie, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, hämolytisch-urämisches Syndrom)

☐ja ☐nein ☐nicht bekannt

16. Wenden Sie andere Arzneimittel an, die das Risiko einer Thrombose erhöhen können? (z.B. Corticosteroide, Neuroleptika, Antipsychotika, Antidepressiva, Chemotherapeutika und andere)

☐ja ☐nein ☐nicht bekannt

Bergheim, den _____

Datum

Unterschrift