

Name, Vorname

Geburtsdatum

Gewicht

Größe

- ☐ Haben Sie eine bestehende Thromboembolie oder Thromboembolie in der Vorgeschichte, z.B. tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt und Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke, Angina pectoris?
- ☐ Haben Sie eine bekannte Blutgerinnungsstörung?
- ☐ Ist bei Ihnen eine Migräne mit fokalen, neurologischen Symptomen (Aura) bekannt?
- ☐ Liegt ein Diabetes mellitus mit Gefäßschädigung vor?
- ☐ Haben Sie einen sehr hohen Blutdruck, d.h. systolisch ≥ 160 mmHg oder diastolisch ≥ 100 mmHg?
- ☐ Haben Sie sehr hohe Blutfettwerte?
- ☐ Steht ein größerer chirurgischer Eingriff oder eine längere Immobilisierung bevor?

- ☐ Ist Ihr BMI über 30kg/m²?
- ☐ Sind Sie älter als 35 Jahre?
- ☐ Rauchen Sie?
- ☐ Haben Sie hohen Blutdruck, d.h. systolisch 140-159mmHg oder diastolisch 90-99mmHg?
- ☐ Hat ein naher Angehöriger in jungen Jahren (d.h. jünger als 50 Jahre) ein thromboembolisches Ereignis (s.o.) gehabt?
- ☐ Haben Sie oder ein naher Angehöriger hohe Blutfettwerte?
- ☐ Haben Sie Migräneanfälle?
- ☐ Leiden Sie an einer kardiovaskulären Erkrankung wie Vorhofflimmern, Herzrhythmusstörungen, koronarer Herzkrankheit, Herzklappenerkrankungen?
- ☐ Leiden Sie an Diabetes mellitus?
- ☐ Haben Sie in den letzten Wochen entbunden?
- ☐ Werden Sie in nächster Zeit einen längeren Flug (über 4 Stunden) oder eine Reise mit täglicher Fahrzeit über 4 Stunden antreten?
- ☐ Haben Sie eine andere Erkrankung, die das Risiko für eine Thrombose erhöhen kann (z.B. Krebs, systemischer Lupus erythematosus, Sichelzellanämie, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, hämolytisch-urämisches Syndrom)?
- ☐ Wenden Sie andere Arzneimittel an, die das Risiko einer Thrombose erhöhen können (Corticosteroide, Neuroleptika, Antipsychotika, Antidepressiva, Chemotherapeutika und andere)?

Datum, Unterschrift Patientin