

Vorstand
Dr. med. Christian Moerchel
Prof. Dr. med. Knut Kröger

Organisationsbüro
c/o Annette Locher PR
Odenwaldstr. 12
63549 Ronneburg
Telefon: 06048 - 3895
info@thrombose-initiative.de
www.thrombose-initiative.de

Patientenregister der Thrombose-Initiative e.V.

Einverständniserklärung und Fragebogen

7 Seiten

Einverständniserklärung zur Datenauswertung

Ich bin damit einverstanden, dass meine nachstehenden Angaben einschließlich der Informationen, die ich im Rahmen des Fragebogens gegeben habe, von der Thrombose-Initiative e.V. zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden dürfen. Dazu gebe ich meinen Namen und meine Adresse an. Meine Angaben dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen und habe das Recht, dass meine Angaben und Informationen vernichtet werden.

₁ ja ₂ nein

Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme

Ich bin auch damit einverstanden, dass ich jährlich von der Thrombose-Initiative e.V. angeschrieben werde und hinsichtlich der aufgetretenen Thrombose/Lungenembolie zu meinem Gesundheitszustand befragt werde. Dazu gebe ich meinen Namen und meine Adresse an. Meine Angaben dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden. Auch hierzu kann ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen und habe das Recht, dass meine Angaben und Informationen vernichtet werden.

₁ ja ₂ nein

Anonyme Datenauswertung

Ich bin mit den beiden oben genannten Maßnahmen nicht einverstanden, fülle diesen Fragebogen aber anonym aus.

Meine persönlichen Daten:

Vorname:

Familienname:

Geb.-Datum:

Straße:

PLZ und Wohnort:

Telefonnummer:

Datum: _____

Unterschrift: _____

1. Allgemeine Angaben:

Geschlecht: ₁ männlich ₂ weiblich

Alter: ₁ unter 20 ₂ 20 – 40 ₃ 41 – 60 ₄ 61 – 75 ₅ über 75

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

1.1 Welche der nachfolgenden Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Herzschwäche	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Herzinfarkt innerhalb der letzten 3 Jahre	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Schlaganfall innerhalb der letzten 3 Jahre	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Chronische Bronchitis/Emphysem	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Diabetes mellitus (Blutzuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Aktives Tumorleiden (Krebs)	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Zurückliegendes Tumorleiden (Krebs)	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein

1.2 Welche Medikamente nahmen Sie vor der Thrombose bzw. Lungenembolie?

Entwässerungstabletten (Diuretika)	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Blutdrucksenkende Medikamente (Antihypertensiva)	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Plättchenhemmer (Aspirin, Plavix/Iscover)	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Orale Antikoagulantien (Marcumar, Falithrom, Coumadin)	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Pille oder Hormonersatztherapie	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Antidepressiva	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein

1.3 Welches Ereignis ist bei Ihnen aufgetreten?

Eine Thrombose	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
Eine Lungenembolie	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein

2. Fragen zu den Symptomen und der Diagnostik bei Ihrer letzten Thrombose bzw. Lungenembolie:

2.1 Wie wurde festgestellt, dass Sie eine Thrombose haben?

Ich hatte folgende Beschwerden und bin deswegen zum Arzt gegangen:

Schmerzen ₁ ja ₂ nein

Schwellung ₁ ja ₂ nein

Bläuliche Verfärbung ₁ ja ₂ nein

Hervortretende Venen ₁ ja ₂ nein

Sonstige (bitte beschreiben): _____

Ich hatte keine Beschwerden. Die Thrombose wurde wie folgt festgestellt (bitte beschreiben):

2.1.1 Falls Sie Beschwerden angegeben haben: Wie viele Tage hatten Sie diese schon, bevor die Diagnose gestellt wurde?

₁ 1 Tag

₂ 2 – 3 Tage

₃ 1 Woche

₄ mehr als 1 Woche

2.2 Wie wurde festgestellt, dass Sie eine Lungenembolie haben?

Ich hatte folgende Beschwerden und bin deswegen zum Arzt gegangen:

Luftnot ₁ ja ₂ nein

Herzrasen ₁ ja ₂ nein

Schmerzen im Brustkorb ₁ ja ₂ nein

Ohnmacht ₁ ja ₂ nein

Angst ₁ ja ₂ nein

Sonstige (bitte beschreiben): _____

Ich hatte keine Beschwerden. Die Lungenembolie wurde wie folgt festgestellt (bitte beschreiben):

2.2.1 Falls Sie Beschwerden angegeben haben: Wie viele Tage hatten Sie diese schon, bevor die Diagnose gestellt wurde?

₁ 1 Tag

₂ 2 – 3 Tage

₃ 1 Woche

₄ mehr als 1 Woche

2.3 Wann wurde die Diagnose genau gestellt?

Datum: _____

2.4 Von wem wurde der erste Verdacht auf die Thrombose/Lungenembolie geäußert?

- | | | |
|---|--|--|
| Von mir selbst | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Von Bekannten | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Vom Hausarzt | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Von einem Gefäßarzt (Angiologe, Gefäßchirurg, Kardiologe) | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Von einem anderen Arzt | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
- Wenn ja, welche Fachrichtung: _____

2.5 Mit Hilfe welcher Methoden wurde die Thrombose nachgewiesen?

- | | | |
|--|--|--|
| D-Dimer-Test | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ultraschall | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Phlebographie | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Computertomographie oder Kernspintomographie | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich weiß es nicht. | <input type="checkbox"/> | |

2.6 Mit Hilfe welcher Methoden wurde die Lungenembolie nachgewiesen?

- | | | |
|--|--|--|
| D-Dimer-Test | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Echokardiographie | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Szintigraphie | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Computertomographie oder Kernspintomographie | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich weiß es nicht. | <input type="checkbox"/> | |

3. Fragen zu den Umständen, unter denen die Thrombose bzw. Lungenembolie auftrat:

3.1 Waren Sie in den 4 Wochen, bevor die Thrombose bzw. Lungenembolie nachgewiesen wurde, in einer der folgenden Situationen?

- | | | |
|--|--|--|
| Ich war wegen einer Operation im Krankenhaus. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich war wegen einer akuten Erkrankung im Krankenhaus, ohne dass eine Operation durchgeführt wurde. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich war wegen unklarer Beschwerden im Krankenhaus. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich war krankgeschrieben und zu Hause. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich war zu Hause und hatte einen fieberhaften Infekt. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich war zuvor ambulant operiert worden. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich hatte einen kleinen Unfall. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich fühlte mich schon seit Wochen nicht fit. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |

- | | | |
|---|--|--|
| Ich war in ambulanter Chemotherapie. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich war in ambulanter Strahlentherapie. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich war schwanger. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich hatte zuvor entbunden. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich kam von einer Reise zurück. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |

3.2 Wie fit waren Sie in den 4 Wochen, bevor die Thrombose bzw. Lungenembolie nachgewiesen wurde?

- | | | |
|--|--|--|
| Ich war in einem für mich normalen Gesundheitszustand. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich habe mindestens 1 Mal pro Woche Sport getrieben. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich war weniger mobil als sonst. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich habe viel gelegen. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |

3.3 Hatte Ihr Arzt zu Hause oder im Krankenhaus in den 4 Wochen, bevor die Thrombose bzw. Lungenembolie diagnostiziert wurde, mit Ihnen über eine Thromboseprophylaxe gesprochen?

- | | |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ ja | → weiter mit 3.4 |
| <input type="checkbox"/> ₂ nein | → weiter mit 3.5 |

3.4 Wenn Sie über eine Thromboseprophylaxe gesprochen hatten, worüber wurde gesprochen?

- | | | |
|---|--|--|
| Ich sollte mich viel bewegen. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich sollte spazieren gehen. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich sollte viel trinken. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich sollte mehrfach am Tag die Beine bewegen. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich sollte Antithrombosestrümpfe tragen. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich sollte zur Prophylaxe ein Heparin spritzen. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |

3.5 Welche Maßnahme(n) der Thromboseprophylaxe haben Sie erhalten oder von sich aus durchgeführt?

- | | | |
|---|--|--|
| Ich habe mich viel bewegt. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich bin spazieren gegangen. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich habe viel getrunken. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich habe mehrfach am Tag die Beine bewegt. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich habe Antithrombosestrümpfe getragen. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |
| Ich habe zur Prophylaxe eine Heparinspritze erhalten. | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein |

3.6 Wenn Sie zur Thromboseprophylaxe ein Heparin gespritzt haben oder gespritzt bekommen haben, wissen Sie noch, welches Präparat und in welcher Dosis?

Name des Medikamentes: _____

Dosis: _____

4. Fragen zu Ihren Risikofaktoren für eine Thrombose oder Lungenembolie:

4.1 Hatten Sie zuvor schon einmal eine Thrombose oder Lungenembolie?

Ich hatte bereits zuvor eine Thrombose. ₁ ja ₂ nein

Wenn ja, wie viele Jahre zuvor?

₁ weniger als 1 Jahr ₂ 1-4 Jahre ₃ 5-9 Jahre ₄ mehr als 10 Jahre

Ich hatte bereits zuvor eine Lungenembolie. ₁ ja ₂ nein

Wenn ja, wie viele Jahre zuvor?

₁ weniger als 1 Jahr ₂ 1-4 Jahre ₃ 5-9 Jahre ₄ mehr als 10 Jahre

4.2 Hatte in Ihrer Familie bereits jemand eine Thrombose oder Lungenembolie?

Thrombose bei einem anderen Familienmitglied ₁ ja ₂ nein

Wenn ja, wer: _____

Lungenembolie bei einem anderen Familienmitglied ₁ ja ₂ nein

Wenn ja, wer: _____

4.3 Ist bei Ihnen eine Gerinnungsstörung bekannt, die eine Thrombose begünstigt?

Es ist eine Gerinnungsstörung bekannt. ₁ ja ₂ nein

Wenn ja, wissen Sie, welche?

APC-Resistenz oder Faktor V Mutation ₁ ja ₂ nein

Protein C-Mangel ₁ ja ₂ nein

Protein S-Mangel ₁ ja ₂ nein

AT-III-Mangel ₁ ja ₂ nein

Faktor II-Mutation ₁ ja ₂ nein

Sonstige: _____

Ich weiß es nicht.

Abschließend haben wir noch drei Fragen:

Sofern Sie unter Punkt 2.1 oder 2.2 angegeben haben, dass Sie Beschwerden gehabt hatten:

Wäre Ihnen persönlich der Verdacht auf eine Thrombose bzw. Lungenembolie früher gekommen, wenn Sie mehr Informationen gehabt hätten?

₁ ja

₂ nein

Wären Sie früher zum Arzt gegangen, wenn Sie mehr Informationen gehabt hätten?

₁ ja

₂ nein

Glauben Sie, dass die Thrombose oder die Lungenembolie hätte vermieden werden können, wenn Sie und die Ärzte besser darauf geachtet hätten?

₁ ja

₂ nein

Vielen Dank!