

**Fragebogen zur Ermittlung eines erhöhten Thromboserisikos**

Beantworten Sie die nachfolgend aufgeführten Fragen durch Ankreuzen bzw. Eintragen der erforderlichen Angaben. (Bitte ankreuzen und ausfüllen!)

	<b>Score</b>
1. Leiden Sie an einem bösartigen Tumor (Krebs)? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	3
2. Ist eine Neigung Ihres Blutes zum „Verklumpen“ (Thrombophilie) bereits nachgewiesen, z.B. bei einseitig geschwollenen Bein oder Arm? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	3
3. Haben Sie früher eine Thrombose z.B. der Beine, Arme oder im Bauch, und /oder eine Lungenembolie erlitten? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	3
4. Ist eine Operation geplant, die mehr als 60 Minuten andauern wird? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	2
5. Nehmen Sie Medikamente, die eine Thrombose begünstigen können, wie z.B. östrogenhaltige Medikamenten (Pille, Hormonersatzpräparate) ein? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1
6. Sind Sie über 70 Jahre alt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1
7. Sind Sie übergewichtig? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1
8. Haben Sie in den letzten 12 Wochen mindestens 3 Tage fest im Bett gelegen ( <b>nicht</b> nach einer Operation)? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1

\_\_\_\_\_  
Name, Unterschrift, Datum (Patient)

\_\_\_\_\_  
Name, Unterschrift, Datum (MDA)

**Thromboserisiko für operative Patienten      Score (von der MDA auszufüllen)**

<b>Niedrig</b> → Score: 0 oder 1	
<b>Mittel</b> → Score: 2 oder 3	
<b>Hoch</b> → Score: >=4	

**Thromboserisiko für nicht-operative Patienten**

<b>Niedrig</b> → Score: >=3	
<b>Hoch</b> → Score: >=4	