

Die wichtigsten Informationen auf einen Blick

PERSÖNLICHE DATEN

Name: _____ Straße/Nr.: _____
Geschlecht: Weiblich Männlich Divers PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum:

Tag	Monat	Jahr

 E-Mail: _____
Krankenkasse: _____ Telefon: _____

BISHER BEHANDELNDES HÄMOPHILIEZENTRUM/ BEHANDELNDE/R ÄRZTIN/ARZT

Name: _____
Straße/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
E-Mail: _____
Telefon: _____

NEUES HÄMOPHILIEZENTRUM/ BEHANDELNDE/R ÄRZTIN/ARZT

Name: _____
Straße/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
E-Mail: _____
Telefon: _____

ANGEHÖRIGE

Name: _____ Telefon: _____

BLUTGERINNUNGSSTÖRUNG

- Hämophilie A** Restaktivität, falls bekannt: _____ % FVIII Schwer Mittelschwer Leicht
 Konduktorin
- Hämophilie B** Restaktivität, falls bekannt: _____ % FIX Schwer Mittelschwer Leicht
 Konduktorin
- Es liegt aktuell ein Hemmkörper vor.
- Von-Willebrand-Erkrankung** _____ % VWF:Act _____ % FVIII
 Typ 1
 Typ 2, Subtyp bekannt: _____ (2 A, B, N, M)
 Typ 3

Diagnose erfolgte:

Monat	Jahr

 Blutgruppe: _____

Anderer Faktorenmangel: _____

Weitere relevante chronische Erkrankungen/Allergien:



AKTUELLE THERAPIE

Faktorkonzentrat (Präparat): _____ nach Bedarf Prophylaktisch
 Dosierung bei Prophylaxe: _____

Bypass-Produkt (Präparat): _____ Dosierung: _____

Nicht-Faktor-Präparat: _____ Dosierung: _____

Desmopressin (DDAVP) nach Bedarf regelmäßig, und zwar: _____

Tranexamsäure nach Bedarf regelmäßig, und zwar: _____

Andere Medikamente: _____

ANSPRECHBARKEIT AUF DESMOPRESSIN (DDAVP)

Nasale Testung: spricht an spricht nicht (ausreichend) an nicht getestet

Intravenöse Testung: spricht an spricht nicht (ausreichend) an nicht getestet

HEIMSELBSTBEHANDLUNG

Ja Nein Andere Person spritzt, und zwar: _____

AKTUELLER GELENKSTATUS

Problemgelenke	links	rechts	Art des Problems (Zielgelenk, Synovitis, Bewegungseinschränkung, Arthropathie, Schmerz)
Knöchel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ellbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Letzter Gelenkscore: _____ Art des Scores (HJHS, Gilbert o. Ä.): _____

Gibt es außerdem Stellen, an denen es häufiger blutet?

Nein Ja, und zwar: _____

FRÜHERE RELEVANTE BLUTUNGSEREIGNISSE (lebensbedrohlich, Gelenkblutungen mit Folgeschäden etc.)

Nein Ja, und zwar: _____

