



Aktionsbündnis
Thrombose

Testen Sie Ihr Risiko!

Risikocheck für Thrombose

Thrombose kann jeden treffen! Eine rechtzeitige Diagnose und Behandlung sind daher wichtig, um schwerwiegende Folgen der Erkrankung zu vermeiden.

Mit unserem Risikocheck können Sie Ihr persönliches Risiko für eine Beinvenenthrombose ermitteln.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Rückseite mit ja oder nein und berechnen Sie anschließend Ihre Gesamtpunktzahl.

Ihr Ergebnis

Weniger als 2 Punkte: Sie haben kein erhöhtes Risiko für eine Thrombose.

2 oder mehr Punkte: Sie haben ein erhöhtes Risiko für eine Beinvenenthrombose. Bitte lassen Sie sich von einem Arzt beraten!



Deutsche Gesellschaft für Angiologie
Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PHLEBOLOGIE



Deutsche Liga zur Bekämpfung
von Gefäßerkrankungen e.V.
Deutsche Gefäßliga e.V.

RISIKOCHECK

FRAGE		JA	NEIN
Haben Sie eine aktive Krebserkrankung oder hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Krebsbehandlung?	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in der Vergangenheit eine Lähmung oder kürzlich eine Unbeweglichkeit der Beine?	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie kürzlich länger als 3 Tage Bettruhe oder in den letzten 3 Monaten einen größeren chirurgischen Eingriff?	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen oder Verhärtungen im Bein?	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr gesamtes Bein geschwollen?	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schwellungen am Unterschenkel (mind. 3 cm größer gegenüber der Gegenseite)?	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein eindrückbares Ödem (Schwellung aufgrund einer Wasseransammlung im Gewebe) an einem Bein?	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachten Sie verstärkte Venenzeichnungen an einem Bein?	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in der Vergangenheit schon einmal eine diagnostizierte Venenthrombose oder Lungenembolie?	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IHRE GESAMTPUNKTZAHL:		<input type="text"/>	