



Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Geplanter Eingriff (wenn zutreffend):

Blutgruppe (wenn bekannt):

Größe:

Gewicht:

Bekannte Grunderkrankungen:

Fragen
vom Arzt oder Patienten anzukreuzen, bitte ggf. unterstreichen bzw. ergänzen

1 Ist bei Ihnen jemals eine Blutungsneigung/Thrombose festgestellt worden? Nein Ja

Zusatzfragen/Notizen des Arztes
Bitte angeben

· Diagnose:

Beobachten Sie folgende Blutungsarten, auch ohne erkennbaren Grund?

2a Nasenbluten (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Nasenputzen etc.) Nein Ja

2b Blaue Flecken oder punktförmige Blutungen (auch am Körperstamm, auch ohne sich anzustoßen) Nein Ja

2c Gelenkblutungen, Blutungen in Weichteilen oder Muskeln Nein Ja

3 Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten? Nein Ja

4 Hatten Sie in der Vergangenheit längeres/verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen? Nein Ja

5 Hatten Sie in der Vergangenheit eine verstärkte Blutung während oder nach Operationen? Nein Ja

6 Gab/gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft Fälle von Blutungsneigung? Nein Ja

· immer schon

· nur saisonal

· HNO-Befund vorhanden

· bei Medikamenteneinnahme

· arterielle Hypertonie bekannt

· unfallträchtige Tätigkeiten

· immer schon

· bei Medikamenteneinnahme

· über 5 Minuten

· typische Verletzung, Nassrasur

· bei Medikamenteneinnahme

· über 5 Minuten

· Nachbehandlung war nötig

· bei Medikamenteneinnahme

· welche Operation:

· Verwandtschaftsgrad:

· Diagnose:

Fragen vom Arzt oder Patienten anzukreuzen, bitte ggf. unterstreichen bzw. ergänzen		Zusatzfragen/Notizen des Arztes Bitte angeben
7a Nehmen oder nahmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? (z.B. Aggrenox®, Falithrom®, Plavix®, Iscover®, Thrombo-ASS®, Herz-ASS®, Colfarit®, Eliquis®, Xarelto®, Pradaxa®, Lixiana®)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	· Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/> · Medikament:
7b Nehmen Sie Schmerz-oder Rheumamittel (auch frei verkäufliche, wie z.B. Aspirin) ein?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	· pausiert seit (Vorsicht bei Stent!):
7c Nehmen Sie stimmungsaufhellende Medikamente ein? (z.B. Citalopram®, Sertralin®, Paroxetin®, Fluoxetin® etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
8 Zusatzfrage an Patientinnen: Sind Ihre Monatsblutungen verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Binden-/Tamponwechsel)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	· seit Menarche <input type="checkbox"/> · gleichzeitige Anämie <input type="checkbox"/>
9 Zusatzfrage an Patientinnen: Haben Sie bereits eine oder mehrere Geburten hinter sich, und kam es dabei zu verstärkten Blutungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

Im Falle einer Thromboseneigung/Lungenembolie/Abortneigung beantworten Sie bitte folgende Fragen:

1 Trat die Thrombose/Lungenembolie in einer Risikosituation auf wie Operation, Immobilisierung (> 3 Tage), Schwangerschaft, Wochenbett?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
1a Wenn im Verlauf einer Operation: Um welche Operation handelte es sich?		
1b Wo trat die Thrombose auf? Unterschenkel, Oberschenkel, Becken, Arm/Schulter, Mesenterialvenen, Sinusvenen, anderer Bereich		
1c War das das erste Ereignis, oder hatten Sie zuvor schon eine Thrombose/Lungenembolie? Was, wann und wo?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
2 Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
3 Gab/gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft 1. Grades Fälle von Thrombosen, Lungenembolien oder gehäuften Fehlgeburten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
4 Zusatzfrage an Patientinnen: Nehmen oder nahmen Sie Medikamente zur Schwangerschaftsverhütung oder Hormonersatztherapie ein?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
5 Im Falle von Fehlgeburten: Wie viele Aborte traten auf?		
5a In welcher SSW traten diese Ereignisse jeweils auf?		
5b Gab es Schwangerschaftskomplikationen wie Präeklampsie/Eklampsie, intrauterine Wachstumsverzögerung, geringes Geburtsgewicht oder Gestationsdiabetes?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

Datum	Praxisstempel
Unterschrift des Arztes	