

Erwachsene

 Name, Vorname

 Geburtsdatum

 geplanter Eingriff mit voraussichtlichem OP-Datum

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen, bzw. ergänzen:	Zusatzfragen u. Notizen des Arztes:	bitte angeben:
0 Ist bei Ihnen jemals eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	> Diagnose:
Beobachten Sie folgende Blutungsarten - auch ohne erkennbaren Grund?		
1a Nasenbluten (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Nasenputzen etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	> immer schon <input type="checkbox"/> > nur saisonal <input type="checkbox"/> > HNO-Befund vorhanden <input type="checkbox"/> > bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/> > arterielle Hypertonie <input type="checkbox"/>
1b blaue Flecken oder punktförmige Blutungen (auch am Körperstamm, auch ohne sich anzustoßen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	> unfallträchtige Tätigkeiten <input type="checkbox"/> > immer schon <input type="checkbox"/> > bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>
1c Gelenksblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2 Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	> über 5 Minuten <input type="checkbox"/> > typische Verletzung, Nassrasur <input type="checkbox"/> > bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>
3 Gab es in Ihrer Vorgeschichte längeres / verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	> über 5 Minuten <input type="checkbox"/> > war Nachbehandlung nötig <input type="checkbox"/> > bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>
4 Gab es in Ihrer Vorgeschichte eine verstärkte Blutung während oder nach Operationen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	> welche Operation: > war die Blutung tatsächlich über der Norm <input type="checkbox"/>
5 Gab / gibt es in Blutsverwandtschaft Fälle von Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	> Verwandtschaftsgrad: > Diagnose:
6a Nehmen oder nahmen Sie in letzter Zeit Medikamente zur Blutverdünnung ein? (z.B. Aggrenox®, Falithrom®, Plavix®, Iscover®, Thrombo-ASS®, Herz-ASS®, Colfarit®, Xarelto®, Pradaxa®, Efient®, Brilique® etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	> Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/> > Medikament: > pausiert seit:
6b Nehmen Sie Schmerz- oder Rheumamittel (auch frei verkäufliche) ein? (z.B. Aspirin®, Thomapyrin®, Voltaren®, Proxen®, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6c Nehmen Sie stimmungsaufhellende Medikamente ein? (z.B. Citalopram®, Sertralin®, Paroxetin®, Fluoxetin®, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorsicht bei Stent!
7 <u>Zusatzfrage an Patientinnen:</u> Sind Ihre Monatsblutungen verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Binden/Tamponwechsel)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	> seit Menarche <input type="checkbox"/> > gleichzeitige Anämie <input type="checkbox"/>

Gerinnungskonsil notwendig?

ja nein

wenn ja, bitte telefonische Rücksprache durch den behandelnden Arzt unter 86-19504 und vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Gerinnungsfragebogen an 86-6075 faxen!

Unterschrift des Untersuchers:

Datum:

Telefonnummer für Rückfragen: