

Sehr geehrte Patientin; sehr geehrter Patient,

um möglichst Blutungskomplikationen bei Ihrer Operation zu vermeiden, füllen Sie bitte die gelb unterlegten Felder gewissenhaft aus.

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen, bzw. ergänzen:		<input type="checkbox"/> N Nein	<input type="checkbox"/> J Ja	Zusatzfragen u. Notizen des Arztes:
0	Ist bei Ihnen jemals eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> N Nein	<input type="checkbox"/> J Ja	▷ Diagnose erfragen
Beobachten Sie folgende Blutungsarten - auch ohne erkennbaren Grund?				
1a	Nasenbluten (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Nasenputzen etc.)	<input type="checkbox"/> N Nein	<input type="checkbox"/> J Ja	▷ immer schon ▷ nur saisonal ▷ HNO-Befund vorhanden ▷ bei Medikamenteneinnahme ▷ arterielle Hypertonie
1b	blaue Flecken oder punktförmige Blutungen (auch am Körperstamm, auch ohne sich anzustoßen)	<input type="checkbox"/> N Nein	<input type="checkbox"/> J Ja	▷ unfallträchtige Tätigkeiten ▷ immer schon ▷ bei Medikamenteneinnahme
1c	Gelenksblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskel	<input type="checkbox"/> N Nein	<input type="checkbox"/> J Ja	
2	Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten?	<input type="checkbox"/> N Nein	<input type="checkbox"/> J Ja	▷ über 5 Minuten ▷ typische Verletzung, Nassrasur ▷ bei Medikamenteneinnahme
3	Gab es in Ihrer Vorgeschichte längeres / verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen?	<input type="checkbox"/> N Nein	<input type="checkbox"/> J Ja	▷ über 5 Minuten ▷ war Nachbehandlung nötig ▷ bei Medikamenteneinnahme
4	Gab es in Ihrer Vorgeschichte eine verstärkte Blutung während oder nach Operationen?	<input type="checkbox"/> N Nein	<input type="checkbox"/> J Ja	▷ welche Operation ▷ wardie Blutung tatsächlich über der Norm
5	Heilen Ihre Wunden schlecht ab?	<input type="checkbox"/> N Nein	<input type="checkbox"/> J Ja	▷ lange nässend, klaffend ▷ Vereitern ▷ Kelloidbildung
6	Gab / gibt es in Ihrer Familie (Blutsverwandschaft) Fälle von Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/> N Nein	<input type="checkbox"/> J Ja	▷ Verwandtschaftsgrad ▷ Diagnose bekannt
7a	Nehmen oder nahmen Sie in letzter Zeit Medikamente zur Blutverdünnung ein? (z.B. Sintrom®, Marcoumar®, Plavix®, Tiklide®, Thrombo-ASS®, Herz-ASS®, Colfarit® etc.)	<input type="checkbox"/> N Nein	<input type="checkbox"/> J Ja	▷ Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme
7b	Nehmen Sie Schmerz- oder Rheumamittel ein, auch frei-verkäufliche(nichtvom Arzt verordnete)? (z.B. Aspirin®, Thomapyrin®, Voltaren®, Proxen®, Seractil®, Xefo® etc.)	<input type="checkbox"/> N Nein	<input type="checkbox"/> J Ja	
8	Zusatzfrage an Patientinnen: Sind Ihre Monatsblutungen verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Binden/Tamponwechsel)?	<input type="checkbox"/> N Nein	<input type="checkbox"/> J Ja	▷ seit Menarche

Datum, Unterschrift Patient: _____