





Gerinnungsfragebogen, Version 03, S. 2

Wurden Ihnen bei einer Operation bereits einmal Blutkonserven oder Blutprodukte gegeben?

.....  ja  nein

Bitte geben Sie die Art der Operation an: .....

Treten Blutungen oder "blaue Flecken" nach leichten Stößen/Verletzungen, sog. Bagateltraumen,

mehr als 1 bis 2 mal pro Woche .....  ja  nein

oder 1 bis 2 mal pro Woche  ja  nein

oder 1 bis 2 mal pro Monat auf?  ja  nein

Bei Frauen/Mädchen: Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Monatsblutungen

verlängert (>7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Tamponwechsel) sind?  ja  nein

**Thrombosen:**

Hatten Sie Thrombosen jeglicher Art (Beinvenenthrombose etc.)  ja  nein

Wenn ja, wann und an welcher Stelle (Bein, Becken etc.): .....

Haben oder hatten Sie eine oder mehrere Lungenembolien?  ja  nein

Bei Frauen: Nehmen Sie die Pille ein (orale Kontrazeptiva)?  ja  nein

Nehmen Sie Marcumar oder ähnliche Gerinnungshemmer ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Nehmen oder nahmen Sie in den letzten Tagen ASS (Aspirin etc.) ein?  ja  nein

Nehmen Sie irgendwelche Schmerz- oder Rheumamittel ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Nehmen Sie weitere Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

**Familienanamnese:**

Ist Ihnen ein Fall von Blutungsneigung bekannt

- bei Ihren Großeltern .....  ja  nein

- bei Ihren Eltern .....  ja  nein

- bei Ihren Kindern.....  ja  nein

Ist Ihnen ein Fall von Venenthrombose oder Embolie bekannt

- bei Ihren Großeltern .....  ja  nein

- bei Ihren Eltern .....  ja  nein

- bei Ihren Kindern.....  ja  nein

Wenn ja, was / wann / bei wem? .....

.....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient/-in

.....  
Unterschrift Arzt/Ärztin

**Vor Ort. Rundherum. Gut versorgt.**