



Spezieller Gerinnungsanamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Körpergewicht : _____ kg Körpergröße: _____ cm

Allgemeine Risikofaktoren für Blutgefäßerkrankungen:

Haben Sie Bluthochdruck? ja nein

Haben Sie die Zuckerkrankheit? ja nein

Sind Sie Raucher? ja nein Wenn ja, wieviel pro Tag:

Haben Sie erhöhte Blutfette? ja nein

Hatten Sie Operationen? ja nein

Wenn ja, welche und wann?

Sind bei Ihnen Herzerkrankungen bekannt? ja nein

Wenn ja, welche?:

Blutungsanamnese:

Hatten Sie Schleimhautblutungen (Epistaxis, Zahnfleischbluten, Menorrhagie)?
..... ja nein

Hatten Sie Gelenkblutungen? ja nein

Haben Sie bei sich selbst vermehrt Nasenblutungen, auch ohne erkennbaren Grund, festgestellt?
..... ja nein

Treten oder traten bei Ihnen vermehrt- ohne sich anzustoßen "blaue Flecken"
oder kleine punktförmige Blutungen auf? ja nein

Haben Sie bei sich Zahnfleischblutungen ohne erkennbaren Grund festgestellt? ja nein

Traten bei Ihnen längere und verstärkte Blutungen nach dem Ziehen von Zähnen auf?
..... ja nein

Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnitt- oder Schürfwunden (z.B. Rasieren)
länger nachblutet?..... ja nein

Traten bei Ihnen bereits einmal längere und verstärkte Blutungen nach oder während Operationen
(z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Entbindungen, Fehlgeburten etc.) auf?
..... ja nein

Vor Ort. Rundherum. Gut versorgt.



Gerinnungsfragebogen, Version 0, 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

Waren Sie jemals schwanger? Wenn ja, wann zuletzt?..... 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.