



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 04, 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