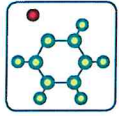




Anamnesefragen zur Erfassung des Blutungsrisikos

Name des Patienten: _____ Geb.datum: _____ Datum: _____

Vom Arzt oder Patienten anzukreuzen bzw. zu ergänzen



- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ist bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung oder eine Thrombose festgestellt worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gab oder gibt es Fälle von Blutungsneigungen in der Familie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Heilen Ihre Wunden schlecht ab? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beobachten Sie vermehrt folgende Blutungsarten – auch ohne erkennbaren Grund?



- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. Nasenbluten
(ohne andere Ursachen wie Infekte der oberen Atemwege; trockene Luft, z. B. in der Heizperiode; starkes Schneuzen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. Blaue Flecken oder kleine, punktförmige Blutungen mehr als 1-2mal pro Woche (vor allem am Körperrumpf und anderen, ungewöhnlichen Stellen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|



- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. Spontane Gelenk- oder Muskel-/Weichteilblutungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Zahnfleischbluten und Blutungen der Mundschleimhaut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beobachten Sie ungewöhnlich lange bzw. verstärkte Blutungen nach Verletzungen und Eingriffen?



- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 8. Blutungen nach Schnitt- oder Schürfwunden (z. B. durch Rasieren) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 9. Blutungen während oder nach dem Ziehen von Zähnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|



- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10. Blutungen während oder nach Operationen (z. B. Mandeloperationen, Blinddarmoperationen, Geburten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung beeinflussen (können)?



- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 11 a. Schmerz- oder Rheumamittel: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 11 b. Medikamente zur Blutverdünnung: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 11 c. Weitere Medikamente oder Vitaminpräparate: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Von Frauen und Mädchen zu beantworten:



- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 12. Haben Sie den Eindruck, dass die Monatsblutungen verlängert (+ 7 Tage) und/oder verstärkt sind (häufiger Binden-/Tamponwechsel)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Differenzierung und Bewertung durch den Arzt

- | | falls ja |
|--|----------|
| » Diagnose erfragen | 2 |
| » Verwandtschaftsgrad | |
| » Diagnose bekannt | 2 |
| » lange nässend, klaffend | 2 |
| » vereiternd | 2 |
| » Keloidbildung | 2 |
| » immer schon | 2 |
| » nur saisonal | 3 |
| » HNO-Befund vorhanden | |
| » bei Medikamenteneinnahme | 1 |
| » arterielle Hypertonie | 4 |
| » traumafördernde Tätigkeiten | 0 |
| » immer schon | 2 |
| » bei Medikamenteneinnahme | 1 |
| | 2 |
| » Parodontitis | 0 |
| | |
| » über 5 Minuten | 2 |
| » typische Verletzung (Nassrasur) | 2 |
| » bei Medikamenteneinnahme | 1 |
| » über 5 Minuten | 2 |
| » Nachbehandlung war nötig | 2 |
| » bei Medikamenteneinnahme | 1 |
| » welche Operation | 5 |
| » Gabe von Blutkonserven oder Blutprodukten? | 5; 2 |

- | | |
|---|---------|
| » Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme | 2; 4; 6 |
|---|---------|

- | | |
|-----------------|---|
| » seit Menarche | 2 |
|-----------------|---|

0 = kein Handlungsbedarf
 1 = Medikamentenanamnese
 2 = Überweisung Gerinnungszentrum
 3 = Überweisung HNO-Facharzt
 4 = Konsultation Internist
 5 = Befundaushubung
 6 = Konsultation Internist/Krankenhaus (Chirurg) und evtl. Karez

Unterschrift des Arztes

Praxisstempel