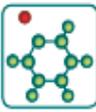


Vom Arzt oder Patienten anzukreuzen bzw. zu ergänzen		ja	nein	Differenzierung und Bewertung durch den Arzt		falls ja
	1. Ist bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung oder eine Thrombose festgestellt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	» Diagnose erfragen		2
	2. Gab oder gibt es Fälle von Blutungsneigungen in der Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	» Verwandtschaftsgrad » Diagnose bekannt		2
	3. Heilen Ihre Wunden schlecht ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	» lange nässend, klaffend » vereitert » Keloidbildung		2 2 2
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"/>	» immer schon » nur saisonal » HNO-Befund vorhanden » bei Medikamenteneinnahme » arterielle Hypertonie		2 3 1 4
	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"/>	» traumafördernde Tätigkeiten » immer schon » bei Medikamenteneinnahme		0 2 1
	6. Spontane Gelenk- oder Muskel-/Weichteilblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	» Parodontitis		2 0
	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"/>	» über 5 Minuten » typische Verletzung (Nassrasur) » bei Medikamenteneinnahme		2 2 1
	9. Blutungen während oder nach dem Ziehen von Zähnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	» über 5 Minuten » Nachbehandlung war nötig » bei Medikamenteneinnahme		2 2 1
	10. Blutungen während oder nach Operationen (z. B. Mandeloperationen, Blinddarmoperationen, Geburten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	» welche Operation » Gabe von Blutkonserven oder Blutprodukten?		5 5; 2
	Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung beeinflussen (können)?					
	11 a. Schmerz- oder Rheumamittel: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	» Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme		2; 4; 6
	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"/>	» seit Menarche		2
_____ Unterschrift des Arztes						
0 = kein Handlungsbedarf 1 = Medikamentenanamnese 2 = Überweisung Gerinnungszentrum 3 = Überweisung HNO-Facharzt 4 = Konsultation Internist 5 = Befundaushhebung 6 = Konsultation Internist/ Krankenhaus (Chirurg) und evtl. Karerz						

Modifiziert nach: Koscielny J. et al. Hämostaseologie 2007; 27: 177-184 • Pfanner G. et al. Anaesthesist 2007; 56: 604-611