

Patientenaufkleber

Gerinnungsanamnese Erwachsene

Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen : wenn JA

0	Ist bei Ihnen jemals eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden	ja	nein	-Diagnose	
Beobachten Sie folgende Blutungsarten – auch ohne erkennbaren Grund ?					
1a	Nasebluten (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Naseputzen etc.)	Ja	nein	- Immer schon -Nur saisonal -HNO Befund vorhanden -Bei Medikamenteneinnahme -Arterielle Hypertonie	2 3 1 4
1b	Blaue Flecken oder punktförmige Blutungen (auch am Körperstamm, auch ohne sich zu Stoßen)	Ja	Nein	-Unfallträchtige Tätigkeiten -immer schon -bei Medikamenteneinnahme	0 2 1
1c	Gelenksblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskel	Ja	Nein		2
2	Beobachten Sie bei Schnittwunden und/ oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten	Ja	Nein	-über 5 Minuten -typische Verletzungen, Nassrasur -bei Medikamenteneinnahme	2 2 1
3	Gab es in Ihrer Vorgeschichte eine längere/ verstärkte Nachblutung beim Zahnziehen ?	Ja	Nein	-über 5 Minuten -war Nachbehandlung nötig -bei Medikamenteneinnahme	2 2 1
4	Gab es in Ihrer Vorgeschichte eine verstärkte Blutung während oder nach einer Operation?	Ja	Nein	-welche Operation -war die Blutung tatsächlich über der Norm	5 5 2
5	Heilen Ihre Wunden schlecht ab?	Ja	Nein	-lange nässend, klaffend -Vereitern -Kelloidbildung	2 2 2
6	Gab/gibt es in Ihrer Familie (Blutsverwandschaft) Fälle von Blutungsneigung	Ja	Nein	-Verwandtschaftsgrad -Diagnose bekannt	2
7a	Nehmen oder nahmen Sie in letzter Zeit Medikamente zur Blutverdünnung ein? (z.B. Sintrom, Marcumar, Plavix, Tiklide, Thrombo ASS, Colfarit)	Ja	Nein	-Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme	2 4
7b	Nehmen Sie Schmerz- oder Rheumamittel ein, auch frei verkäufliche Präparaten, (z.B. Aspirin, Thomapyrin, Voltaren, Proxen, Seractil etc)	Ja	Nein		
8	<u>Zusatzfrage an die Patientin:</u> Sind Ihr Monatsblutungen verlängert und/oder verstärkt (häufiger Binden/ Tamponwechsel)	Ja	Nein	-Seit Menarche	2

Konsequenzen: (0) keine; (1) Medikamentenanamnese; (2) ggf. Konsultation: Gerinnungsteam; (3) ggf. Konsultation: Facharzt für HNO; (4) ggf. Konsultation: Internist; (5) Befundaufhebung; (6) ggf. Konsultation: Internist/Chirurg und ev. Karenz und Bridging

 Datum

 Unterschrift des/der Untersucher/in