



Name des Patienten: _____ Geb.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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gab oder gibt es Fälle von Blutungsneigungen in der Familie? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Heilen Ihre Wunden schlecht ab? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Blaue Flecken oder kleine punktförmige Blutungen mehr als 1-2 mal pro Woche (vor allem am Körperrumpf und anderen, ungewöhnlichen Stellen) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  6. Spontane Gelenk- oder Muskel-/Weichteilblutungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Zahnfleischbluten und Blutungen der Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Blutungen während oder nach dem Ziehen von Zähnen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  10. Blutungen während oder nach Operationen (z. B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburten) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
|  11a. Schmerz- oder Rheumamittel: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11b. Medikamente zur Blutverdünnung: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11c. Weitere Medikamente oder Vitaminpräparate: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient _____

Differenzierung / Bewertung durch den Arzt

	falls ja
> Diagnose erfragen	2
> Verwandtschaftsgrad	
> Diagnose bekannt	2
> Lange nässend, klaffend	2
> Vereitern	2
> Keloidbildung	2
> immer schon	2
> Nur saisonal	3
> HNO-Befund vorhanden	5
> b. Medikamenteneinnahme	1
> Arterielle Hypertonie	4
> traumafördernde Tätigkeit	0
> immer schon	2
> b. Medikamenteneinnahme	1
> Parodontitis	0
> über 5 Minuten	2
> typ. Verletzungen (z. B. Nassrasur)	2
> b. Medikamenteneinnahme	1
> über 5 Minuten	2
> Nachbehandlung war nötig	2
> b. 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 = Befunderhebung
6 = Konsultation Internist/ Chirurg und. evtl. Karenz und Bridging

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