

# Blutungsneigung

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_ Geb. am \_\_\_\_\_  
 Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ Datum der Blutentnahme \_\_\_\_\_

Praxisstempel

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen

Nein Ja

Zusatzfragen und Notizen des Arztes

Wenn ja, Konsequenzen

Ist jemals bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnose erfragen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hämostaseologische Abklärung</li> </ul>
---	--------------------------	--------------------------	---	--

Beobachten Sie folgende Blutungsarten, auch ohne erkennbaren Grund?

Nasenbluten (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Naseputzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Immer schon</li> <li>Nur saisonal</li> <li>HNO-Befund vorhanden</li> <li>Medikamenteneinnahme</li> <li>Arterielle Hypertonie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hämostaseologische Abklärung</li> <li>Überweisung HNO-Facharzt</li> <li>Medikamentenanamnese</li> <li>Konsultation Internist</li> </ul>
--	--------------------------	--------------------------	--	--

Blaue Flecken oder punktförmige Blutungen (ohne sich anzustoßen, auch am Körperstamm?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unfallträchtige Tätigkeiten</li> <li>Immer schon</li> <li>Medikamenteneinnahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kein Handlungsbedarf</li> <li>Hämostaseologische Abklärung</li> <li>Medikamentenanamnese</li> </ul>
--	--------------------------	--------------------------	--	--

Gelenkblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Hämostaseologische Abklärung</li> </ul>
--	--------------------------	--------------------------	--	--

Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Über 5 Minuten</li> <li>Typische Verletzung</li> <li>Medikamenteneinnahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hämostaseologische Abklärung</li> <li>Hämostaseologische Abklärung</li> <li>Medikamentenanamnese</li> </ul>
---	--------------------------	--------------------------	---	--

Gab es in Ihrer Vorgeschichte längeres/verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Über 5 Minuten</li> <li>Nachbehandlung nötig</li> <li>Medikamenteneinnahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hämostaseologische Abklärung</li> <li>Hämostaseologische Abklärung</li> <li>Medikamentenanamnese</li> </ul>
--	--------------------------	--------------------------	--	--

Gab es in Ihrer Vorgeschichte eine verstärkte Blutung während oder nach Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Operation?</li> <li>War die Blutung wirklich oberhalb der Norm (z. B. Transfusionspflicht)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Befunderhebung</li> <li>Hämostaseologische Abklärung, Befunderhebung</li> </ul>
--	--------------------------	--------------------------	---	--

Heilen Ihre Wunden schlecht ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lange nässend, klaffend</li> <li>Vereitern</li> <li>Kelloidbildung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hämostaseologische Abklärung</li> <li>Hämostaseologische Abklärung</li> <li>Hämostaseologische Abklärung</li> </ul>
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--	--

Gab oder gibt es in Ihrer Familie (Blutsverwandtschaft) Fälle von Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verwandtschaftsgrad</li> <li>Diagnose bekannt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hämostaseologische Abklärung</li> </ul>
--	--------------------------	--------------------------	--	--

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hämostaseologische Abklärung, Konsultation Internist/Chirurg, evtl. Karenz</li> </ul>
--	--------------------------	--------------------------	---	--

Nehmen oder nahmen Sie Schmerz- oder Rheumamittel ein, auch frei verkäufliche, z. B. Aspirin, ASS, Thomapyrin, Voltaren etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hämostaseologische Abklärung, Konsultation Internist/Chirurg, evtl. Karenz</li> </ul>
--	--------------------------	--------------------------	---	--

Zusatzfrage an Patientinnen: Ist Ihre Periodenblutung verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Binden/Tamponwechsel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seit Menarche?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hämostaseologische Abklärung</li> </ul>
--	--------------------------	--------------------------	--	--

Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten (vegetarisch, vegan, ketogen, proteinreich, o.ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
---	--------------------------	--------------------------	--	--