

# Blutungsneigung

Praxisstempel

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Fragebogen dient zur Beurteilung einer Blutungsneigung. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Angaben an. Bei Fragen oder Unklarheiten vermerken Sie diese und besprechen sie gemeinsam mit dem behandelnden Arzt.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
geb. am

\_\_\_\_\_  
Größe

\_\_\_\_\_  
Gewicht

\_\_\_\_\_  
Blutgruppe

Ist **in der Familie** eine **Blutgerinnungsstörung** bekannt, z. B. **auffällige Blutungen** in Gelenken oder Muskeln, Blutergüsse, oder gab es Blutübertragungen nach Operationen?

Ja     Nein

Wenn ja, bei wem und was? \_\_\_\_\_

Treten bei Ihnen gehäuft **blaue Flecken** ohne erkennbaren Grund oder nach einer leichten Verletzung auf?

Ja     Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Tritt bei Ihnen Nasenbluten auf?

Ja     Nein

Wenn ja, schon immer? Seit wann? \_\_\_\_\_

Welches Nasenloch ist betroffen?

Links     Rechts     Beide

Kommt es bei Ihnen regelmäßig zu Zahnfleischbluten?

Ja     Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen schon Zähne gezogen?

Ja     Nein

Gab es beim Zahnziehen Nachblutungen?

Ja     Nein

Sind bei Ihnen Einblutungen in Gelenke oder Muskeln aufgetreten?

Ja     Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Kommt es vor, dass bereits geheilte Wunden bei Ihnen anfangen zu bluten?

Ja  Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Heilen Wunden bei Ihnen schlecht ab?

Ja  Nein

Traten nach Schnittverletzungen (Rasieren, Messer) verlängerte Blutungen auf (brauchen Sie z.B. mehrere Pflaster)?

Ja  Nein

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Operationen und wann? \_\_\_\_\_

Bei welcher Operation kam es zu Nachblutungen? \_\_\_\_\_

Bekamen Sie jemals Blutübertragungen (z.B. bei Operationen)?

Ja  Nein

Welche anderen Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Bitte geben Sie auch weitere Präparate wie Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Schmerzmittel, pflanzliche Präparate, Hormone etc. an!

Wann haben Sie zuletzt ein Medikament gegen Fieber oder Grippe oder Schmerzen eingenommen (z.B. Aspirin, ASS, Thomapyrin, Spalt, Togonal, Godamed, Colfarit, o.Ä.)?

\_\_\_\_\_

Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten (vegetarisch, vegan, ketogen, proteinreich, o.ä.)?

\_\_\_\_\_

**Für Frauen**

Ist/War Ihre Regelblutung sehr stark, benötigen Sie z.B. mehr als 10 Vorlagen/Tampons pro Tag?

Ja  Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Dauert Ihre Regelblutung länger als 6 Tage?

Ja  Nein

Gab es starke Blutungen nach der Geburt Ihres Kindes/Ihrer Kinder?

Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Kind und wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Fehlgeburten/Aborte?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/des Patienten