

Bitte zutreffendes ankreuzen		NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Zusatzfragen Arzt
1	Ist bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Diagnose? Perioperatives Management?
Beobachten Sie folgende Blutungsarten, auch ohne erkennbaren Grund?				
2a	Nasenbluten? (Ohne andere Ursachen wie Schnupfen, starkes Nasenputzen etc.)	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Immer schon? Nur saisonal? HNO-Befund vorhanden? Bei Medikamenteneinnahme? Art. Hypertonie
2b	Blaue Flecken oder punktförmige Blutungen? (auch am Körperstamm, auch ohne sich anzustoßen?)	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Unfallträchtige Tätigkeiten? Immer schon? Bei Medikamenteneinnahme?
2c	Gelenksblutungen, Blutungen in Gelenke und Weichteile?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	
3	Längeres Nachbluten bei Schürf- oder Schnittwunden?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Über 5 Minuten? Typische Verletzung, Nassrasur? Bei Medikamenteneinnahme
4	Gab es in Ihrer Vorgeschichte eine verstärkte Blutung während oder nach Operationen?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Welche Operation War die Blutung tatsächlich Über der Norm
5	Gab es in Ihrer Vorgeschichte längeres / verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Über 5 Minuten War Nachbehandlung nötig Bei Medikamenteneinnahme
6	Heilen Ihre Wunden schlecht ab?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Lange nässend, klaffend Vereitern Kelloidbildung
7	Gab / gibt es in Ihrer Familie (Blutsverwandtschaft) Fälle von Blutungsneigung?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Verwandtschaftsgrad Diagnose bekannt
8	Zusatzfrage an <u>Patientinnen</u> : Sind Ihre Monatsblutungen verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Binden/Tamponwechsel)?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Seit Menarche
9a	Nehmen oder nahmen Sie in letzter Zeit Medikamente zur Blutverdünnung ein? (z.B. Marcumar, Plavix/ Iscover, Tiklide, ASS, Brilique, Efient, Aggrastat, Pletal...)	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme
9b	Nehmen Sie Schmerz- oder Rheumamittel ein, auch frei-verkäufliche? (z.B. Aspirin®, ASS, Thomapyrin®, Voltaren® etc.)	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	