



Fragebogen

Fragen zur Abklärung der **Blutungsneigung**:

ja nein

1. Haben Sie starkes Nasenbluten ohne ersichtlichen Grund ?		
2. Haben Sie Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund (Zähneputzen) ?		
3. Haben Sie „blaue Flecken“ (Hämatome) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne ersichtliche Verletzungen ?		
4. Haben Sie den Eindruck, dass Sie nach kleinen Verletzungen länger bluten (z.B. beim Rasieren) ?		
5. Bei Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine verlängerte Menstruationsblutung (>7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen ?		
6. Haben Sie längere oder schwere Blutungen während oder nach einer Zahnbehandlung gehabt ?		
7. Haben Sie längere oder schwere Blutungen während oder nach Operationen gehabt (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt) ?		
8. Haben Sie während Operationen Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten ?		
9. Besteht in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkeln, Tante) eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung ?		

Fragen nach **Medikamenten, Allergien, Begleiterkrankungen**:

ja nein

1. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung ein (z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, etc. oder Grippemittel, Schmerzmittel oder Rheumamittel eingenommen? Wenn ja, welche ?		
2. Haben Sie eine Allergie/ Überempfindlichkeitsreaktion (gegen Medikamente, Latex, örtliche Betäubungsmittel, Heftpflaster) ? Wenn ja, welche ?		
3. Leiden Sie an einem Herzklappenfehler, an einer Herz- oder Lungenkrankheit ? Haben Sie einen Ausweis zur Endokarditis-Prophylaxe (grün / rot) ?		
4. Tragen Sie einen Herzschrittmacher / Defibrillator oder ein Metallimplantat ?		
5. Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz) bekannt ?		
6. Sind Sie Diabetiker/in ?		
7. Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer Schwangerschaft ?		
8. Haben Sie lockere Zähne, eine Zahnprothese oder eine Zahnkrankheit ?		

Ich, die/der Unterzeichnende habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt.

Ort, Datum

Name Patient/in

Unterschrift Patient/in

.....

.....

.....