

Patientenaufkleber

Name

Vorname

Geb.-Datum

Liebe Patientin,

mit der Beantwortung dieser Fragen kann eine Einschätzung von möglichen Störungen der Blutgerinnung erfolgen und ggf. eine Blutentnahme vermieden werden.

1. Haben Sie bei sich selbst vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund, festgestellt?

Ja  Nein

2. Treten oder traten bei Ihnen vermehrt – ohne sich anzustoßen – „blaue Flecke“ oder kleine, punktförmige Blutungen (am Körperrumpf oder anderen, für Sie ungewöhnlichen Stellen) auf?

Ja  Nein

3. Haben Sie bei sich selbst Zahnfleischbluten ohne erkennbaren Grund festgestellt?

Ja  Nein

4. Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnitt- oder Schürfwundenwunden (z. B. Rasieren) länger nachblutet?

Ja  Nein

5. Traten bei Ihnen bereits einmal längere und verstärkte Nachblutungen nach oder während Operationen (z. B. Mandeloperationen, Blinddarmoperationen, Geburten) auf?

Ja  Nein

6. Traten bei Ihnen längere und verstärkte Nachblutungen nach oder während des Ziehens von Zähnen auf?

Ja  Nein

7. Wurden Ihnen bei einer Operation bereits Blutkonserven oder Blutprodukte gegeben?

Ja  Nein

Wenn ja, bitte geben Sie die Art der Operation(en) an:

.....  
 .....

8. Gab oder gibt es in der Familie Fälle von Blutungsneigungen?

Ja  Nein

9. Nehmen Sie Schmerz- oder Rheumamittel ein?

Ja  Nein

Wenn ja, bitte Namen des Medikaments eintragen:

.....  
 .....

10. Nehmen Sie weitere Medikamente/Vitaminpräparate ein?

Ja  Nein

Wenn ja, bitte Namen der Medikamente eintragen:

.....  
 .....

11. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Monatsblutungen verlängert (>7 Tage) und/oder verstärkt (z. B. häufiger Tamponwechsel) sind?

Ja  Nein

Danke für Ihre Mitarbeit!