

Anamnesebogen zur Ermittlung des Blutungsrisikos

Name:

Geburtsdatum:

Datum:

Bitte zutreffende Angaben ankreuzen bzw. ergänzen:		Nein	Ja	Differenzierung durch den Arzt	wenn ja:
1.	Ist bei Ihnen jemals eine Blutgerinnungsstörung oder eine Thrombose festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ Diagnose erfragen	2
2.	Sind in Ihrer Familie Fälle von Blutungsneigungen aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ Verwandtschaftsgrad und Diagnose erfragen	2
3. Beobachten Sie folgende Blutungsarten, auch ohne erkennbaren Grund?					
3a.	Nasenbluten (ohne andere Ursachen wie Infekte, trockene Luft, starkes Nasenputzen etc.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ immer schon → saisonal → HNO-Befund vorhanden → bei Medikamenteneinnahme → arterielle Hypertonie	2 3 1 4
3b.	Blaue Flecken oder punktförmige Blutungen ohne sich zu stoßen (auch am Körperrumpf)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ unfallträchtige Tätigkeiten → immer schon → bei Medikamenteneinnahme	0 2 1
3c.	Gelenk- oder Muskel-/ Weichteilblutungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		2
3d.	Zahnfleischbluten oder Blutungen der Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ Parodontitis	0
4.	Heilen Ihre Wunden schlecht ab?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ lange nässend, klaffend → vereiternd → Kelloidbildung	2 2 2
5.	Beobachten Sie längeres Nachbluten bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ über 5 Minuten → typische Verletzungen (Nassrasur) → bei Medikamenteneinnahme	2 2 1
6.	Kam es in Ihrer Vorgeschichte zu längeren/verstärkten Nachblutungen beim Zahnziehen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ über 5 Minuten → Nachbehandlung nötig → bei Medikamenteneinnahme	2 2 1
7.	Kam es in Ihrer Vorgeschichte zu verstärkten Blutungen während oder nach Operationen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ welche Operation → war die Blutung tatsächlich über der Norm	5 5, 2
8. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung beeinflussen können?					
8a.	Schmerz- oder Rheumamittel (auch frei verkäufliche wie Aspirin®)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme	2, 4, 6
8b.	Medikamente zur Blutverdünnung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
9.	Zusatzfrage für Patientinnen: Sind Ihre Monatsblutungen verlängert (über 7 Tage) oder verstärkt (häufiger Binden-/Tamponwechsel)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ seit Menarche	2

Konsequenzen: (0) keine, (1) Medikamentenanamnese, (2) Konsultation Gerinnungszentrum, (3) Konsultation HNO Facharzt, (4) Konsultation Internist, (5) Befunderhebung, (6) Konsultation Internist bzw. Chirurg und evtl. Karez

Unterschrift des Arztes:

Nach Pfanner G. et al. Anaesthesist 2007, 56: 604-611

FERRING Arzneimittel GmbH

Fabrikstraße 7, D-24103 Kiel, Telefon: 04 31-58 52-0, Telefax: 04 31-58 52-74, info-service@ferring.de, www.ferring.de

