

Name / Anschrift

Fragebogen zur Ermittlung eines erhöhten Blutungsrisikos

Ist Ihre Blutgerinnung in Ordnung ? Gibt es Hinweise auf eine gestörte Blutstillungsfunktion ? Haben Sie ein erhöhtes Risiko, im Falle einer Verletzung, eines Unfalles oder einer Operation stärker zu bluten und vermehrt Blut zu verlieren ?

Testen Sie sich selbst !

Beantworten Sie die nachfolgend aufgeführten Fragen durch Ankreuzen bzw. Eintragen der erforderlichen Angaben.

Die Auswertung und Beurteilung Ihres individuellen „Blutgerinnungsprofils“ können Sie selbst vornehmen. (Bitte ankreuzen und ausfüllen !)

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 auf ?

JA: NEIN:

Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, geben Sie bitte an, ob diese Symptome auch am Körperrumpf oder anderen, für Sie ungewöhnlichen Stellen aufgetreten sind ?

JA: NEIN:

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

JA: NEIN:

4. Treten Blutungen oder blaue Flecke
mehr als 1 bis 2 mal pro Woche,

JA: NEIN:

oder 1 bis 2 mal pro Woche,

JA: NEIN:

oder 1 bis 2 mal pro Monat auf ?

JA: NEIN:

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

JA: NEIN:

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

JA: NEIN:

7. Traten bei Ihnen längere und verstärkte Nachblutungen nach oder während dem Ziehen von Zähnen auf ?

JA: NEIN:

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

JA: NEIN:

Bitte geben Sie die Art der Operation(en) an:

.....
.....

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

JA: NEIN:

10. Nehmen Sie Schmerz- oder Rheumamittel ein ?

JA: NEIN:

Wenn ja, bitte Namen der Medikamente eintragen:

.....
.....

11. Nehmen Sie weitere Medikamente oder Vitaminpräparate ein ?

JA: NEIN:

Wenn ja, bitte Namen der Medikamente eintragen:

.....
.....

Folgende Frage ist nur von Frauen / Mädchen zu beantworten:

12. Haben Sie den Eindruck, daß Ihre Monatsblutungen verlängert (> 7 Tage) und / oder verstärkt (häufiger Tamponwechsel) sind ?

JA: NEIN:

.....
(Unterschrift, Datum)