

Patienten- angaben	Name:		(oder) Patientenetikett
	Vorname:		
	Geburtsdatum:		
	Geschlecht:	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	

Bitte beantworten Sie folgende Fragen durch Ankreuzen bzw. Ausfüllen.

Frage: Hat oder hatte Ihr/e Patient/In	Antwort	Score *
jemals die Diagnose einer Blutgerinnungsstörung oder Thrombose gestellt bekommen ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
starkes Nachbluten nach Operationen ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	3
Bluttransfusionen während oder nach Operationen ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	2
eine verzögerte oder schlechte Wundheilung ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	3
große blaue Flecken nach leichten Verletzungen ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	1,5
langes Nachbluten nach Schnittverletzungen ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	1
auffällig langes Nachbluten nach Zähneziehen ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	3
wiederholte Einblutungen in Gelenke ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	3
Kenntnis über Blutungsneigungen bei Großeltern, Eltern, Geschwistern, sonstigen Verwandten (z. B. Nachblutungen nach Operationen, Verletzungen oder Zähneziehen) ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	2
häufiges Nasenbluten (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Naseputzen) ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	0,5
Petechien ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
zur Zeit Medikamente wie Aspirin® (Acetylsalicylsäure), Aspirin-haltige Schmerzmittel (siehe Packungsbeilage; z. B. Thrombo-ASS®, Herz-ASS®, Colfarit®, Thomapyrin®), Marcumar®, Plavix®, Iscover®, Tiklide® vor allem innerhalb der letzten 7 Tage, eingenommen ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Grippemittel oder Schmerzmittel gegen z. B. Rheuma in den letzten 8 Tagen eingenommen (z.B. Voltaren®, Proxen®, Seractil®, Xefo®, etc.)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

Nur bei weiblichen Patienten:

Frage: Hat oder hatte Ihre Patientin	Antwort	Score
starke und / oder verlängerte (> 7 Tage) Monatsblutungen ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	2
Nachblutungen nach Geburten oder Fehlgeburten ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	2
Fehlgeburten	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

* Score ≥ 3 Verdacht auf Blutungsneigung

Sonstige Hinweise und Informationen:

Medikamente (Handelsname oder Wirkstoff)
Sonstige Anmerkungen

Score in Anlehnung an: Albert et al. Hämostaseologie, 2009

Tel. 040/334411

- 847 oder 844 (Gerinnung)