

Patient:

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:

1. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung ein (z.B. Sintrom®, Marcoumar®) 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 ?		

Patient:

Einverständniserklärung

Ich, die/der Unterzeichnende habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen und den Fragebogen nach bestem Gewissen ausgefüllt

Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) für die Untersuchung aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der selben habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden

Ja

Nein

(Zutreffendes ankreuzen)

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Name Patient

Für Patienten, die nicht selbst ihr Einverständnis geben können:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Verwandtschaftsgrad/Vormund

Aufklärungsunterlagen empfohlen durch:

Schweiz. Gesellschaft
für Gastroenterologie SGG



Verbindung der Schweizer
Ärztinnen und Ärzte FMH



Stiftung Patientenschutz
SPO

