



| | | | |
|-------------------------------|---------------|---|----------------------------|
| 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