

Blutungsneigung

Hämostasikum München

Priv.-Doz. Dr. med. Christian M. Schambeck

Laborarzt, Hämostaseologie

Haderunstr. 10 - 81375 München

Tel.: (089) 520 4616-0

E-Mail: info@haemostasikum.de **Internet:** www.haemostasikum.de

Filiale Regensburg

Hildegard-von-Bingen-Str. 1, 93053 Regensburg

Tel.: (0941) 20 60 30 40

In Kooperation mit

Schwerpunktpraxis und Tagesklinik für

Hämatologie und Onkologie Dres. Kröber, Stosiek

Patientenetikett		

Liebe Patientin, lieber Patient,

es ist wichtig, Ihre Krankengeschichte zu kennen. Nur so können wir Ihre Laborbefunde richtig beurteilen und - zusammen mit Ihrem überweisenden Arzt - die Ihnen angemessene Behandlung vorschlagen. **Achtung**: Rot hinterlegte Fragen sind nur von Patientinnen auszufüllen. Aus diesem Grunde möchten wir Ihnen einige Fragen stellen.

1) Bekommen Sie leicht blaue Flecken?				
Ja □ Nein □				
Wenn ja , beantworten Sie bitte die folgenden Frage	n:			
•				
Treten die blauen Flecken auch auf, wenn Sie sich nicht an einen besonders festen Stoß gegen irgendeinen Gegenstand erinnern können?				
Ja □ Nein □				
Wie oft bemerken Sie an sich blaue Flecken?				
THE SIX BOTHER OF ALL SIGHT BLAGET TOOKS				
Einige Male im Jahr				
Mehr als einmal im Monat				
Sogar mehrere Male in der Woche				

	Wo bemerken Sie an sich vor allem blaue Flecken?				
	Arme □ Beine □ Rumpt	f 🗆			
	Seit wann bekommen Sie leicht blaue	Flecken?			
	seit				
	oen Sie an sich "flohstichartige" Bluto ster auf der Haut ergeben und auch wie	ungen bemerkt, die oftmals ein gesprenkeltes der verschwinden?			
Ja □	Nein □				
Wenn	i a , an welcher Hautpartie?				
0) 1 -:	d Oi				
3) Lei	den Sie unter häufigem Nasenbluten?				
Ja □	Nein □				
Wenn	ja , beantworten Sie bitte die folgenden F	-ragen:			
	Wie oft kommt Nasenbluten vor?				
	Einige Male im Jahr				
	Mehr als einmal im Monat				
	Sogar mehrere Male in der Woch	e 🗆			
	Bluten Sie auch mal länger als 10 Minu	uten aus der Nase?			
	Ja □ Nein □				
	Tritt Nasenbluten auch auf, ohne dass	Sie sich schnäuzen, bücken usw. müssen?			
	Ja □ Nein □				
	Woraus blutet es? Aus				
	nur dem linken Nasenloch				
	nur dem rechten Nasenloch				
	beiden Nasenlöchern				

Untersuchte daraufhin ein Hals-Nasen-Ohren-Arzt die Nase?
Ja □ Nein □
Wenn ja ,
was konnte er feststellen?

Hat er eine Verödung durchgeführt?
Ja □ Nein □
Seit wann bluten Sie immer wieder aus der Nase?
seit
4) Haban Cia in Hiin adar Obel Diet ban and
4) Haben Sie im Urin oder Stuhl Blut bemerkt?
Ja □ Nein □
Wenn ja und diesem Befund nachgegangen wurde:
Welche Ursache konnte ausfindig gemacht werden?
5) Bitte führen Sie Art und Jahr all Ihrer Operationen/Eingriffe und Ihre Zahnextraktionen (wenn z.B. Weisheitszähne gezogen wurden) auf?
Bitte das leere Feld durchstreichen, wenn Sie noch nie operiert oder nie Zähne gezogen wurden!

Beachten	Sie die nachfolgenden Anweisungen:
	Bitte machen Sie in Frage 5 hinter den Operationen einen Kreis , bei denen es zu einer Nachblutung kam, etwa so:
	● Bitte " kreuzen " Sie dann in Frage 5 die Operationen an, bei denen es sofort nach der Operation und nicht erst einige Tage später nachblutete, etwas so: ⊗
	Bitte versehen Sie die Art des Eingriffs mit einem Fragezeichen, wenn Sie die Frage nicht beantworten können.
•	lhnen, kurz bevor sich Ihre Blutungsneigung zu verschlimmern begann, ein neues ment verschrieben?
Ja □ Nein	ı □ Trifft nicht zu □
Wenn ja ,	
wel	Iches Medikament wurde Ihnen damals verordnet?
Wol	iones Medikament warde innen damais veroranet:
einer Blut zusätzlich	ren bitte mit Frage 11 fort. Patientinnen bitten wir folgende, für die Abklärung tungsneigung wichtige <mark>rot hinterlegte</mark> Fragen, auf den nächsten Seiter zu beantworten. Wir bitten auch Frauen nach den Wechseljahren um ung der Fragen 7 – 10.
7) Wie lang	ge dauert oder (vor dem Wechsel) dauerte Ihre Periodenblutung?
Weniger als	s 6 Tage
6-7 Tage	
Mehr als 7	Tage
The state of the s	rk war (in den ersten Tagen) Ihre Periodenblutung <u>ohne</u> Pille oder Spirale? Ich nde/Tampon zu wechseln …

weniger als 6 Mal am Tag

6 oder mehr Mal am Tag

auch des Nachts

Was	wechselten S	Sie?		
	Tampons	"normal"		
		"super"		
		"super plus"		
	Binden			
9) Die Perio	denblutung w	ar unter der <u>Pille</u>		
stärker				
geringer				
blieb gleich				
trifft nicht zu				
Im Falle eine	er starken Pe	eriodenblutung,		
war	die Regelblut	ung so heftig		
	von der erste	en Regelblutung an?		
	seit der/den	Schwangerschaft(en)?	•	
	erst in den le	etzten Jahren?		
fand	ein Frauena	rzt eine Ursache für Ihı	re lange und sta	rke Periodenblutung?
	Ja □ Nein l	☐ Trifft nicht zu ☐		
	Wenn j	a , was war oder ist der	Grund Ihrer übe	ermäßigen Periodenblutung?
	_			
10) Blutete e Frage 5 a		ormalen Entbindung au	ıßergewöhnlich :	stark (Kaiserschnitt bitte unter
Ja □ Nein □]			
Wenn ja ,				
	es hierfür ein	nen geburtshilflichen Gi	rund?	
3	Ja □ Nein [_		
	vvenn j	a , welchen?		
	_		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	

11) Wurde bei Ihnen bereits eine Störung der Blutgerinnung diagnostiziert?
Ja □ Nein □
Wenn ja , um welche Auffälligkeit handelt es sich?

12) Welche anderen, hier nicht genannten Erkrankungen wurden bei Ihnen festgestellt?
13) Wie groß sind Sie?
cm
14) Wie schwer sind Sie?
kg
15) Sofern Sie Ihre Blutgruppe wissen, bitte angeben:
Ein wichtiger Hinweis auf ein möglicherweise angeborenes Gerinnungsleiden ist
Ihre Familiengeschichte!
16) Wie viele Geschwister haben Sie?
17) Wie alt sind Ihre Geschwister jetzt?
18) Wie viele leibliche Kinder haben Sie selbst?

19) Wenn Sie leibliche Töchter haben, wie alt sind diese?
20) Wenn Sie leibliche Söhne haben, wie alt sind diese?

21) Litt Vater, Mutter, eines Ihrer Geschwister oder Ihrer Kinder bereits unter einer Blutungsneigung (blaue Flecken, Nasenbluten, Blutungen nach Eingriffen, starke Periodenblutung)?
Ja □ Nein □
Wenn ja , wer hatte welches dieser Blutungszeichen?

22) Hatten entfernt verwandte Personen eine Blutungsneigung?
22) Hattern entiernt verwandte i ersonen eine blutungsneigung:
Ja □ Nein □
Wenn ja , in welchem Verwandtschaftsgrad stehen Sie zu dieser Person?
23) Arzneimittel können großen Einfluss auf die Laborbestimmungen haben. Bitte nennen Sie
uns im folgenden Präparatenamen und Dosierung, soweit bekannt, der regelmäßig eingenommenen Medikamente: (Bitte
streichen Sie das Feld, wenn sie keine Medikamente einnehmen!)
24)Haben Sie in den letzten 10 Tagen ein- oder mehrmalig ein Medikament, insbesondere Schmerzmittel, eingenommen?
Ja □ Nein □
Wenn ja , um welche Arznei handelte es sich?

23) 18	t definitactist eine Operation geplant?
Ja □	Nein □
	Wenn ja , um welchen Eingriff handelt es sich?

Haben Sie allerbesten Dank für Ihre Zeit und Mühen!

Zusätzliche Anmerkungen des behandelnden Arztes *: (Nach Möglichkeit bitte Kopien von Arztbriefen beilegen)					
	_				