

Auf Basis der Empfehlung der Arbeitsgruppe Perioperative Gerinnung der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin ÖGARI zum Thema: Präoperative/präinterventionelle Anamnese-basierte Gerinnungsevaluierung

<b>Fragebogen zur standardisierten Erhebung der Blutgerinnungsanamnese bei Erwachsenen</b>	<b>Patientendaten/Aufkleber:</b>
--	----------------------------------

- 1) Ist bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung (Blutungsneigung oder Neigung zu Thrombosen) bekannt? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja bitte angeben:

- 2) Beobachten Sie folgende Blutungsarten?

- a) vermehrtes Nasenbluten ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, bitte angeben:

- Tritt ☐ ganzjährig oder ☐ saisonal auf?
- bekannte Ursache (Befund HNO-Arzt):

- b) spontane „blaue Flecken“ oder punktförmige Blutungen ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, bitte angeben:

- unfallträchtige Tätigkeiten?
- seit wann?
- gehäuft bei Einnahme von Schmerzmitteln?
  - ☐ nein ☐ ja

- c) Gelenksblutungen, Blutungen in Weichteilen oder Muskeln ☐ nein ☐ ja

- 3) Beobachten Sie bei Schnitt-/Schürfwunden längeres Nachbluten? (Ist zum Beispiel mehrfaches Pflasterwechseln erforderlich?) ☐ nein ☐ ja

- 4) Hatten Sie in der Vergangenheit eine verstärkte Blutung während/nach Operationen? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, bitte angeben:

- Operation(en):

- 5) Gab es Ihrer der Vorgeschichte längeres/verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, bitte angeben:

- Dauer:
- Nur nach der Einnahme von Schmerzmitteln?
  - ☐ nein ☐ ja
- War eine Nachbehandlung nötig?
  - ☐ nein ☐ ja

6) **Gab/gibt es in der Familie (Blutsverwandtschaft) Fälle von Blutungsneigung?** ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, bitte angeben:

- Diagnose:
- Verwandtschaftsgrad:

7) **Haben Sie in den letzten Tagen eines der folgenden Medikamente eingenommen?** ☐ nein ☐ ja

- a) **Medikamente zur Blutverdünnung** (z.B. Sintrom®, Marcoumar®, Eliquis®, Lixiana®, Xarelto®, Pradaxa®, ASS, Plavix®, Efient®, Brilique®)
- b) **Schmerz- oder Rheumamittel** (z.B. Aspirin®, Thomapyrin®, Voltaren®, Proxen®, Seractil®)
- c) **pflanzliche Präparate oder Vitamin-Präparate** (z.B. Tebonin®, Tebofortan®, Ceremin®, Ginsana®, Geriatric-Pharmaton®, Supradyn vitalplus®, Zintona®, Kwai® etc.)

Wenn ja, bitte angeben:

- Präparat:
- Beobachten Sie eine Blutungsneigung (oder eine Zunahme der Blutungsneigung) seit die Medikamente eingenommen werden?
  - ☐ nein ☐ ja
- Konnten Sie vor Einnahme der Medikamente keinerlei auffällige Blutungsneigung beobachten?
  - ☐ nein ☐ ja

8) **Zusatzfrage bei Frauen: Sind/waren Ihre Monatsblutungen verlängert (>7 Tage) und/oder ist die Monatsblutung verstärkt (mehr als 7 Tampons/Binden pro Tag)?** ☐ nein ☐ ja

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

**Unterschrift (Patient/in):** \_\_\_\_\_

Von Anästhesist/in auszufüllen: War die Blutung tatsächlich über der Norm ☐ nein ☐ ja

**Konsequenzen:** ☐ keine

---



---



---



---

**Unterschrift (Anästhesist/in):** \_\_\_\_\_