



FRAGEBOGEN UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

FRAGEN ZUR ABKLÄRUNG DER BLUTUNGSNEIGUNG:

	Ja	Nein
Haben Sie starkes Nasenbluten oder Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund?		
Haben Sie «blaue Flecken» (Hämatome) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne ersichtliche Verletzungen?		
Haben Sie den Eindruck, dass Sie nach kleinen Verletzungen länger bluten (z.B. beim Rasieren)?		
Bei Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine verlängerte Menstruationsblutung (> 7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen?		
Haben Sie längere oder schwere Blutungen während/nach Operationen oder Zahnbehandlungen gehabt (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)?		
Haben sie während Operationen Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten?		
Besteht in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkel, Tanten) eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung ?		

FRAGEN NACH MEDIKAMENTEN, ALLERGIEN, BEGLEITERKRANKUNGEN:

	Ja	Nein
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? _____		
Haben Sie eine Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion (gegen Medikamente, Latex, örtliche Betäubungsmittel, Heftpflaster)? Wenn ja, welche? _____		
Leiden Sie an einem Herzklappenfehler, an einer Herz- oder Lungenkrankheit ? Haben Sie einen Ausweis zur Endokarditis-Prophylaxe (grün/rot)?		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator oder ein Metallimplantat ?		
Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz) bekannt?		
Sind Sie Diabetikerin, Diabetiker ?		
Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer Schwangerschaft ?		
Haben Sie lockere Zähne , eine Zahnprothese oder eine Zahnkrankheit ? Tragen Sie ein Zungenpiercing ?		
Tragen Sie Kontaktlinsen ?		
Haben Sie im Zusammenhang mit früheren Anästhesien einen Ausweis oder Informationen über spezielle Risiken erhalten?		
Haben Sie Operationen gehabt? Wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie Medikamente ? Wenn Ja, welche? _____		
Rauchen Sie? Wenn ja, was und wieviel? _____		
Gewicht: _____ kg Grösse: _____ cm		

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 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 Patientin, Patient: _____

Name Patientin, Patient: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift Ärztin, Arzt: _____