



# FRAGEBOGEN UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

**FRAGEN ZUR ABKLÄRUNG DER BLUTUNGSNEIGUNG:**

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

**FRAGEN NACH MEDIKAMENTEN, ALLERGIEN, BEGLEITERKRANKUNGEN:**

	Ja	Nein
Nehmen Sie <b>gerinnungshemmende Medikamente</b> zur Blutverdünnung ein (z.B. Sintrom®, Marcoumar®) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen <b>Aspirin®, Alcacyl®, Tiatral®, Plavix®, Clopidogrel</b> , etc. oder <b>Grippemittel, Schmerzmittel oder Rheumamittel</b> eingenommen? Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie eine <b>Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion</b> (gegen Medikamente, Latex, örtliche Betäubungsmittel, Heftpflaster)? Wenn ja, welche? _____		
Leiden Sie an einem <b>Herzklappenfehler, an einer Herz- oder Lungenkrankheit</b> ? Haben Sie einen Ausweis zur <b>Endokarditis-Prophylaxe</b> (grün/rot)?		
Tragen Sie einen <b>Herzschrittmacher/Defibrillator</b> oder ein <b>Metallimplantat</b> ?		
Ist bei Ihnen eine <b>Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz)</b> bekannt?		
Sind Sie <b>Diabetikerin, Diabetiker</b> ?		
Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer <b>Schwangerschaft</b> ?		
Haben Sie <b>lockere Zähne</b> , eine <b>Zahnprothese</b> oder eine <b>Zahnkrankheit</b> ? Tragen Sie ein <b>Zungenpiercing</b> ?		
Tragen Sie <b>Kontaktlinsen</b> ?		
Haben Sie im Zusammenhang mit früheren Anästhesien einen <b>Ausweis</b> oder Informationen über <b>spezielle Risiken</b> erhalten?		
Haben Sie <b>Operationen</b> gehabt? Wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie <b>Medikamente</b> ? Wenn Ja, welche? _____		
<b>Rauchen Sie?</b> 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: \_\_\_\_\_