

Anamnesebogen operative Gynäkologie

Sehr geehrte Patientin,

um Sie bestmöglich beraten und behandeln zu können, möchten wir Sie bitten den folgenden Fragebogen auszufüllen und zu unterschreiben. Das Wissen um Ihre genauen Beschwerden und Vorerkrankungen ist zur Planung des weiteren Untersuchungsablaufes und Ihrer Behandlung sehr wichtig. Weitere Fragen werden wir mit Ihnen im Gespräch besprechen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und sind vertraulich.

Ihr Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ihr Frauenarzt: _____ Anschrift: _____

Was ist der Grund Ihres Besuchs: _____

Hatten Sie bereits operative Eingriffe/Narkosen (Geben Sie insbesondere Operationen im Unterbauch an, aber auch alle anderen bisherigen Eingriffe (z.B. Blinddarm, Mandeln, Knochenbrüche etc.) keine Operationen

<u>Jahr</u>	<u>Art der Operation</u>	<u>Komplikationen</u> (Blutung, Wundheilungsstörung, Narkose) Gibt es Befunde dazu?

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Blutgerinnsel etc.)? ja nein

Wenn ja, welche Erkrankungen sind dies: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? (mit Dosierung) _____

Sind Allergien bei Ihnen bekannt? ja nein

Welche? _____

Wann war der 1. Tag Ihrer letzten Regelblutung? _____ Wie viele Tage dauert Ihre Blutung normalerweise? _____

Wie viele Tage dauert Ihr Menstruationszyklus? (vom 1. Tag der Blutung bis zum nächsten 1. Tag Ihrer Blutung? _____

Haben Sie Beschwerden bei der Regelblutung?

Schmerzen: regelmäßig gelegentlich leichtgradig schwergradig

Blutung: starke Blutung Zwischenblutungen keine Beschwerden

Besteht aktuell die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

ja nein

Vorangegangene Schwangerschaften?

<u>Jahr</u>	<u>Kaiserschnitt, normale Geburt</u> (inklusive Saugglocke und Zangen Geburt)	<u>Komplikationen</u> (Blutung, Wundheilungsstörung, Narkose, Besonderheiten) Gibt es Befunde dazu?

Besteht ein Kinderwunsch?

ja nein

aktiver Kinderwunsch

perspektivisch

abgeschlossene Familienplanung

Wie verhüten Sie? _____ Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?

ja nein

Falls die Wechseljahre beendet sind: Wie alt waren Sie ungefähr bei Ihrer letzten Periode? _____

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge beim Frauenarzt? _____ Gab es hierbei Auffälligkeiten?

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Gibt es Krebserkrankungen in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister oder Kinder)?

ja nein

Wenn ja, welche und bei wem: _____

Leiden Sie an unwillkürlichem Urinverlust (Inkontinenz) oder haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? ja nein

Wenn ja, welche _____

Haben Sie Beschwerden beim Stuhlgang?

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Welche Berufstätigkeit üb(t)en Sie aus? _____

Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

ja nein

Ihr Alter _____ Ihre Größe (cm): _____ Ihr Gewicht (kg): _____

Falls ein/e nächste/r Angehörige/r oder eine Vertrauensperson nach einer Operation telefonisch von uns über den OP-Verlauf informiert werden soll, geben Sie bitte den Namen und die Telefonnummer an: _____

Haben Sie eine Patientenverfügung?

Ja Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Fragebogen Blutgerinnung

Patientenetikett

oder

Name, Vorname
Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten anhand einiger Fragen feststellen, ob bei Ihnen eventuell **Anzeichen** für eine bislang unerkannte **Blutgerinnungsstörung** vorliegen. Dazu bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen gewissenhaft zu beantworten. In vielen Fällen ist *keine* Laboruntersuchung des Blutes vor einer Anästhesie notwendig.

Fragen		Ja	Nein
1.	Ist bei Ihnen jemals eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Gibt oder gab es in Ihrer Familie Fälle von Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Hatten Sie im letzten Jahr eine auffällige Blutgerinnungsuntersuchung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hatten oder haben Sie <ul style="list-style-type: none"> ▪ vermehrt Nasenbluten? ▪ häufig blaue Flecken oder punktförmige Blutungen? ▪ Gelenkblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskeln? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Traten bei Ihnen schon einmal nach Verletzungen (z.B. Schnittwunden, Schürfwunden, beim Rasieren) oder nach Operationen längere oder verstärkte Nachblutungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Haben Sie im Rahmen einer Operation bereits einmal Blut- / Gerinnungsprodukte erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Heilen Ihre Wunden schlecht ab (auch ohne Infektion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Nehmen / nahmen Sie in letzter Zeit Medikamente zur „Blutverdünnung“ ein? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemmung der Blutplättchen (z.B. Aspirin[®], ASS, Plavix[®], Iscover[®], Brilique[®], Efiect[®]) ▪ neue Antikoagulantien (z.B. Pradaxa[®], Xarelto[®], Eliquis[®]) ▪ Cumarinderivate (z.B. Marcumar[®], Falithrom[®]) ▪ andere Gerinnungs- / Rheumamedikamente (Thomapyrin[®], Diclofenac, Voltaren[®], Ibuprofen[®]) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Bekommen Sie Thrombosespritzen? (z.B. Fragmin [®] , Heparin, Mono-Embolex [®])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Frauen: Ist oder war Ihre Regelblutung verstärkt oder verlängert (> 7 Tage)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift Patient

- Quellen:
- Koscielny J. et al. Hämostaseologie 27, 177–184 (2007)
 - Pfanner G. et al. Anaesthesist 56, 604–611 (2007)
 - Schäfer S., Bayer, A., Grujic K. Erhebungsbogen Blutgerinnungsstörung LMU München (2018)