



## Fragen zur Operationsvorbereitung

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Welcher Eingriff soll vorgenommen werden?

Wann soll die Operation stattfinden?

Wo und von wem werden Sie operiert?

Sind Sie früher schon einmal operiert worden?  nein  ja

Wenn ja:  
Welche OP und wann?

Traten dabei Komplikationen auf?  nein  ja, nämlich:

Sind Sie schwanger?  nein  ja

Besteht eine Allergie?  nein  ja, nämlich:

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?  nein  ja  Marcumar  
 ASS, Aspirin o.ä.  
 Clopidogrel

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein?  nein  ja, nämlich:

Rauchen Sie?  nein  ja Wieviel?

Trinken Sie Alkohol?  nein  ja Wieviel?

Ist bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose aufgetreten?  nein  ja

Gab oder gibt es Fälle von Blutungsneigung in der Familie?  nein  ja

Heilen Ihre Wunden schlecht ab?  nein  ja

Haben Sie Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?  nein  ja

Treten bei Ihnen mehr als 1 bis 2 Mal pro Woche blaue Flecke oder punktförmige Blutungen auf?  nein  ja

Kommt es bei Ihnen zu spontanen Gelenks-, Muskel- oder Weichteilblutungen?  nein  ja

Haben Sie Zahnfleischbluten oder Blutungen der Mundschleimhaut?  nein  ja

Beobachten Sie ungewöhnlich lange oder verstärkte Blutungen nach Verletzungen oder Eingriffen?  nein  ja  bei Schnitt- oder Schürfwunden  
 während oder nach dem Zähneziehen  
 während oder nach Operationen

Für Mädchen und Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Monatsblutungen verlängert oder verstärkt sind?  nein  ja  länger als sieben Tage  
 häufiger Binden- oder Tamponwechsel