

- ORL Lugano
 ORBV Bellinzona
 OBV Mendrisio
 ODL Locarno

Tel. 091 811 61 70
 Tel. 091 811 86 31
 Tel. 091 811 32 12
 Tel. 091 811 47 02

Fax 091 811 61 68
 Fax 091 811 87 39
 Fax 091 811 30 30
 Fax 091 811 44 59

Fragebogen gastroenterologische Verfahren

(Bitte spätestens am Vortag der Untersuchung datieren und unterschreiben. Beidseitig ausgefülltes Formular zur Untersuchung mitbringen)

Vorname: Name:

Geburtsdatum:

Fragen zur Blutungsneigung

| | ja | nein |
|--|----|------|
| 1. Haben Sie häufig Nasenbluten ? | | |
| 2. Haben Sie Zahnfleischblutungen (beim Zähneputzen)? | | |
| 3. Haben Sie Blutergüsse oder kleine Hautblutungen ohne offensichtliche Verletzungen? | | |
| 4. Haben Sie den Eindruck, nach kleinen Verletzungen stark zu bluten (z.B. beim Rasieren?) | | |
| 5. Nur für Frauen: Haben Sie den Eindruck, besonders lange Menstruationen zu haben (über 7 Tage) oder müssen Sie Tampons oder Binden häufig wechseln? | | |
| 6. Hatten Sie schon eine längere oder starke Blutung während oder nach einer zahnärztlichen Behandlung ? | | |
| 7. Hatten Sie schon eine schwere oder längere Blutung während oder nach einem chirurgischen Eingriff (Mandeln, Blinddarm; Geburt)? | | |
| 8. Haben Sie während einer Operation Bluttransfusionen erhalten? | | |
| 9. Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkel, Tanten) Krankheiten, die mit erhöhter Blutungstendenz einhergehen ? | | |

Fragen zu Medikamenten, Allergien, gleichzeitig bestehenden Krankheiten

Sollten Sie Medikamente zur Verflüssigung des Blutes einnehmen, wie Blutverdünner (Sintrom, Marcoumar, Xarelto, usw.) oder Plättchenaggregationshemmer (Aspirin, Tiatral, Brilique, Clopidogrel, Plavix, Effient usw.), fragen Sie bitte Ihren behandelnden Arzt, ob diese eventuell mindestens 5 Tage vor der Untersuchung abgesetzt werden können. .

Bitte beantworten Sie nun die Fragen auf der Rückseite dieses Blattes.

| | ja | nein |
|--|----|------|
| 1. a. Nehmen Sie regelmässig Blutverdünner ein, um das Blut zu verflüssigen (z.B. Sintrom, Marcoumar oder Xarelto) oder haben Sie in den letzten 5 Tagen Aspirin, Effient, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, Brilique usw. oder Grippemedikamente, Schmerz- oder Rheumamittel eingenommen? Wenn ja, welche? | | |
| 1. b. Medikamente, welche Sie gewöhnlich einnehmen: | | |
| 2. Haben Sie Allergien (auf Medikamente, Gummi, lokale Betäubungsmittel, Pflaster, Nahrungsmittel, anderes)? Wenn ja, welche? | | |
| 3. Hatten Sie schon einmal eine Narkose? | | |
| 4. Sind während oder nach der Narkose besondere Probleme aufgetreten? Wenn ja, welche? | | |
| 5. Haben Sie einen Herzklappenfehler oder Herzprobleme ? Besitzen Sie einen Ausweis zur Endokarditisprophylaxe ? Wenn ja, bringen Sie ihn bitte am Untersuchungstag mit. | | |
| 6. Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers/Defibrillators oder einer metallischen Gelenkprothese ? | | |
| 7. Kreislaufstörungen? (z.B. Bluthochdruck, schwere Durchblutungsstörungen der Beine, Krampfadern, Thrombosen, Embolien) | | |
| 8. Haben Sie bei Anstrengung oder nachts Atemmangel? | | |
| 9. Muskelkrankheiten oder Muskelschwäche? | | |
| 10. Lungenkrankheiten? Wenn ja, welche? | | |
| 11. Haben Sie Nierenprobleme (Nierenversagen) ? | | |
| 12. Haben Sie Diabetes ? | | |
| 13. Krankheiten der Leber? Wenn ja, welche? | | |
| 14. Krankheiten der Schilddrüse? Wenn ja, welche? | | |
| 15. Krankheiten des Nervensystems? Wenn ja, welche? | | |
| 16. Für Frauen: besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind? | | |
| 17. Haben Sie Zähne , welche wackeln , eine Zahnprothese oder eine Zahnkrankheit ? | | |

Der/die Unterzeichnete bestätigt, die Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____