
Patientenname und -adresse

Antikoagulanzen-Therapie

Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Alter: ____ Jahre Größe: ____ cm Gewicht: ____ kg Geschlecht: _____

1. Wurden innerhalb der letzten vier Wochen Medikamente eingenommen?

nein ja - Wenn ja, welche?

2. Wurden schon einmal blutgerinnungshemmende Medikamente eingenommen oder verabreicht (z.B. im Zusammenhang mit einer Operation oder einem Krankenhausaufenthalt aus anderem Grund)?

nein ja - Wenn ja, welche?

3. Besteht eine Allergie wie Heuschnupfen oder allergisches Asthma oder eine Unverträglichkeit bestimmter Substanzen (z. B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Röntgen-Kontrastmittel, Jod, Pflaster, Pollen)?

nein ja - Wenn ja, welche?

4. Besteht bei Ihnen oder in Ihrer Blutverwandschaft eine erhöhte Blutungsneigung wie z. B. häufig Nasen- oder Zahnfleischbluten, blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen?

nein ja

5. Besteht/Bestand eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (z.B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, hoher Blutdruck)?

nein ja - Wenn ja, welche?

6. Besteht/Bestand eine Erkrankung des Verdauungssystems (z. B. Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse, Darm)?

nein ja - Wenn ja, welche?

7. Besteht/Bestand eine Erkrankung der Leber, Gallenblase/-wege (z. B. Entzündung, Fettleber, Zirrhose, Gallensteine)?

nein ja - Wenn ja, welche?

8. Besteht/Bestand eine Erkrankung oder Fehlbildung der Nieren bzw. Harnorgane (z. B. Nieren-Funktionsstörung, Nierenentzündung, Nierensteine, Blasenentleerungsstörung)?

nein ja - Wenn ja, welche?

9. Besteht eine Tumorkrankheit?

nein ja - Wenn ja, welche?

Wenn ja, werden Chemotherapeutika oder Hormone/Antihormone eingenommen?

nein ja - Wenn ja, welche?

10. Besteht eine Stoffwechselerkrankung (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht)?

nein ja - Wenn ja, welche?

11. Besteht/Bestand eine Schilddrüsenerkrankung (z. B. Überfunktion, Unterfunktion, Kropf)?

nein ja - Wenn ja, welche?

12. Traten schon einmal Blutbeimengungen in Stuhl, Urin oder Auswurf auf?

nein ja

13. Wurden bereits Infusionen verabreicht?

nein ja - Wenn ja, welche, wann und warum?

14. Befinden sich Implantate im Körper (z.B. Schrittmacher/Defibrillator, Gelenkendoprothese, Herzklappe, Stent, Metall, Kunststoffe, Silikon)?

nein ja - Wenn ja, welche?

15. Regelmäßiger Alkoholkonsum?

nein ja - Wenn ja, was und wieviel?

Zusatzfragen bei Frauen im gebärfähigen Alter

1. Nehmen Sie die Antibabypille? nein ja

2. Tragen Sie eine Spirale zur Empfängnisverhütung? nein ja

3. Könnten Sie schwanger sein? nein ja

4. Stillen Sie? nein ja

Zusatzfrage bei Frauen in den Wechseljahren

1. Nehmen Sie Hormone ein? nein ja

**Vermerke der Ärztin/des Arztes _____ (Name) zum
Aufklärungsgespräch**

Erörtert wurden vor allem: Notwendigkeit der Behandlung (Indikation), Wahl des Wirkstoffs und des Medikaments Vor- und Nachteile gegenüber anderen Wirkstoffen, Medikamenten und anderen Behandlungsverfahren, allgemeine Risiken blutgerinnungshemmender Medikamente, spezielle Risiken des angewandten Wirkstoffs, spezielle Nebenwirkungen und Komplikationen des vorgesehenen Medikaments anhand des Medikamenten-Beipackzettels, risikoerhöhende Besonderheiten, Erfolgsaussichten, besondere verhaltenshinweise sowie (bitte hier insbesondere individuelle Gesprächsinhalte, z. B. die Ablehnung einzelner Maßnahmen, Feststellung der Einsichtsfähigkeit Minderjähriger, gesetzliche Vertretung, Betreuungsfall, Bevollmächtigter, und ggf. spezielle Vermerke, sowie die Gesprächsdauer dokumentieren):

Folgende Behandlung ist vorgesehen:

akute Behandlung einer Thrombose/Embolie an folgender Stelle: _____
(Lokalisation bitte bezeichnen)

längerfristige Vorbeugung gegen (erneute) Thrombosen/Embolien

mit folgenden blutgerinnungshemmenden Wirkstoffen:

unfraktioniertes Heparin niedermolekulares Heparin Fondaparinux Desirudin

Danaparoid Argatroban Dabigatran Rivaroxaban Apixaban Edoxaban

Vitamin-K-Antagonist Thrombozytenfunktionshemmer

(anderen Wirkstoff ggf. bezeichnen)

Vorgesehen ist das Medikament: _____ (bitte bezeichnen)

Vorgesehener Behandlungsbeginn: _____ (Datum)

Nur im Fall einer Ablehnung

Ich willige in die vorgeschlagene Behandlung **nicht** ein. Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen, verstanden und wurde nachdrücklich darüber aufgeklärt, dass ohne medikamentöse Behandlung lebensbedrohliche gesundheitliche Risiken wie z. B. Schlaganfall durch Embolie, Herzinfarkt, Lungenarterienembolie deutlich höher sind, wenn keine andere Behandlungsmöglichkeit in Betracht kommt.

(Ort, Datum, Uhrzeit)

(Patientin/Patient/Eltern*)

(ggf. Zeuge)

(Ärztin/Arzt)

Einwilligung

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich fühle mich ausreichend informiert, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist. Ich willige in die vorgeschlagene Behandlung ein. Den Fragebogen habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

(Ort, Datum, Uhrzeit)

(Patientin/Patient/Eltern*)

(Ärztin/Arzt)

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt. Bei schweren Eingriffen sollten grundsätzlich beide Eltern unterschreiben.

Bitte unbedingt beachten! Sofern ärztlich nicht anders angeordnet!

Vor der Behandlung

Bitte legen Sie einschlägige Unterlagen wie z.B. Ausweise/Pässe (Marcumar, Allergie, Implantate etc.), Befunde und Bilder - soweit vorhanden - vor.

Weisen Sie uns von sich aus auf wesentliche Umstände hin, z.B. Begleiterkrankungen, die im Fragebogen nicht genannt sind, oder Verordnungen von Medikamenten durch andere (Zahn)Ärzt*innen vor oder während der Behandlung. Andere Medikamente können die Wirkung und die Nebenwirkungen des blutgerinnungshemmenden Medikaments verstärken oder seine Wirkung aufheben. So erhöhen z. B. bestimmte Schmerz- und Rheumamittel die Blutungsgefahr.

Während der Behandlung

Nehmen Sie ärztlich angeordnete Kontrolluntersuchungen unbedingt wahr! Wir werden Sie informieren, ob und in welchem Umfang Laborkontrollen erforderlich sind, und Ihnen die Termine mitteilen.

Unterrichten Sie umgehend Ihre Ärztin/Ihren Arzt, wenn unerwünschte Wirkungen auftreten, insbesondere bei Fieber über 38°C, Halsschmerzen, Brustschmerzen, Atembeschwerden, allergischen Hautreaktionen mit Lymphknotenschwellungen und/oder grippeähnlichen Beschwerden, damit ggf. sofort ein Blutbild angefertigt werden kann.

Blutbeimengungen im Harn, Stuhl oder Auswurf, plötzlich auftretende Blutergüsse, außergewöhnliche Schwäche, Müdigkeit oder Kopfschmerzen können erste Zeichen von ernsthaften Blutungen sein und bedürfen der sofortigen ärztlichen Beratung.

Sagen Sie allen behandelnden (Zahn)Ärzt*innen, dass Sie blutgerinnungshemmende Medikamente einnehmen, damit die erhöhte Blutungsneigung berücksichtigt und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten vermieden werden können. Führen Sie den Antikoagulanzen-Ausweis bzw. Ihren Medikamentenzettel stets bei sich und legen Sie ihn den behandelnden (Zahn)Ärzt*innen vor.

Vitamin-K-haltige Nahrungsmittel (z. B. Salat, Spinat, Brokkoli, Nüsse) erhöhen die Gerinnbarkeit des Blutes und sollten deshalb bei Behandlung mit Vitamin-K-Antagonisten möglichst in gleichbleibenden Mengen gegessen werden, ggf. sind häufigere Laborkontrollen (INR-Wert) ratsam.

Ort, Datum, Uhrzeit

Ärztin/Arzt