



Anamnesefragen zur Erfassung des Blutungsrisikos bei Kindern & Jugendlichen

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
		Geburtsdatum	<input type="text"/>
Geplante OP	<input type="text"/>	OP Datum	<input type="text"/>

Eigenanamnese des Kindes

	Ja	Nein
1. Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund (z.B. Nase bohren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Treten bei Ihrem Kind vermehrt blaue Flecke auf, auch am Körperstamm oder ungewöhnlichen Stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Traten bei Ihrem Kind nach dem Impfen deutlich erkennbare blaue Flecken an der Impfstelle auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie bei Ihrem Kind Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? Kam es während oder nach einer Operation zu verstärktem oder anhaltendem Bluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kam es beim Zahnwechsel oder beim Zahnziehen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bekam oder bekommt Ihr Kind Medikamente, z.B. Antibiotika, Valproat, Marcumar, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist bei Ihrem Kind eine Grunderkrankung, wie z.B. eine Leber- oder Nierenerkrankung, bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Heilen die Wunden Ihres Kindes schlecht ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anamnese der Eltern und der Familie

1. Gibt oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gab es bei einem Elternteil nach Operationen längere oder verstärkte Nachblutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter: Kam es bei oder nach Geburt eines Kindes zu verstärkten Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter: Haben Sie den Eindruck, dass die Monatsblutungen verlängert (+7 Tage) und/oder verstärkt sind (häufiger Binden-/Tamponwechsel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift(en) Eltern

Unterschrift Ärztin / Arzt

Interne Patientenummer: