

Fragebogen vor geplanten operativen Eingriffen bei Kindern



Name des Kindes

Geburtsdatum

Datum

Anamnese des Kindes

	ja	nein
1. Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Treten bei Ihrem Kind vermehrt "blaue Flecke" auf, am Rumpf oder sonstigen ungewöhnlichen Stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hat Ihr Kind Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wenn ja, kam es während oder nach einer Operation zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kam es beim Zahnwechsel oder nach dem Ziehen von Zähnen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte übertragen bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel, wie zum Beispiel Aspirin, ASS oder Ähnliches genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anamnese der Familie für Vater und Mutter getrennt (Vater/Mutter)

1. Haben Sie vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bluten bei Ihnen Schnittwunden, wie zum Beispiel vom Rasieren, lange nach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurden Sie schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wenn ja, gab es längere oder verstärkte Nachblutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gab es Operationen, bei denen Sie Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kam es zu längeren oder verstärkten Nachblutungen nach oder während des Ziehens von Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gibt oder gab es in Ihrer Familie Fälle von verstärkter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusatzfragen an die Mutter

9. Ist Ihre Regelblutung besonders lang oder auch besonders stark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kam es bei Ihnen nach oder während der Geburt eines Kindes zu verstärkten Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir stehen bei Rückfragen gerne zur Verfügung.

Vielen Dank!