

Fragebogen Blutungsanamnese

Name, Vorname Kind:

Geburtsdatum Kind:

Name, Vorname erziehungsberechtigte Person:

Eigenanamnese des Kindes

1. Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund? ja nein
2. Treten bei Ihrem Kind vermehrt blaue Flecken auf, auch am Körperstamm oder an ungewöhnlichen Stellen? ja nein
3. Haben Sie bei Ihrem Kind Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt? ja nein
4. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? Kam es während und nach einer Operation zu verstärktem oder anhaltendem Bluten? ja nein
5. Kam es bei Ihrem Kind nach der Geburt zu einer Nabelblutung? ja nein
6. Kam es beim Zahnwechsel oder beim Zahnziehen zu längerem oder verstärktem Nachbluten? ja nein
7. Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte bekommen? ja nein
8. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel (z. B. Aspirin) bekommen? ja nein
9. Bekommt Ihr Kind überhaupt Medikamente (z. B. Valproat, Marcumar etc.)? ja nein
10. Ist bei Ihrem Kind eine Grunderkrankung bekannt (z. B. Leber- oder Nierenerkrankung)? ja nein

Familienanamnese, getrennt für

- | | Mutter | Vater |
|--|---|---|
| 1. Haben Sie vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Treten bei Ihnen vermehrt blaue Flecken auf, auch ohne sich zu stoßen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Haben Sie den Eindruck, dass Sie bei Schnittwunden (z. B. beim Rasieren) länger nachbluten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Gab es bei Ihnen nach Operationen längere oder verstärkte Nachblutungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Gab es bei Ihnen beim Zahnziehen längere oder verstärkte Nachblutungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Haben Sie schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Gibt es oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Zusatzfragen für die Mutter

1. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert oder verstärkt ist/war? ja nein
2. Kam es bei/nach der Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen? ja nein

Datum, Ort

Unterschrift (erziehungsberechtigte Person)