



Anamnesefragen zur Erfassung des Blutungsrisiko bei Kindern

Name des Kindes: \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

Eigenanamnese des Kindes

	ja	nein
1. Hat Ihr Kind vermehrt <b>Nasenbluten</b> ohne erkennbaren Grund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Treten bei Ihrem Kind vermehrt <b>blaue Flecke</b> auf, auch am Körperstamm oder ungewöhnlichen Stellen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Traten bei Ihrem Kind nach dem <b>Impfen</b> deutlich erkennbare blaue Flecken an der Impfstelle aus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben Sie bei Ihrem Kind <b>Zahnfleischbluten</b> ohne erkennbare Ursache festgestellt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Wurde Ihr Kind schon einmal <b>operiert</b> ? Kam während oder nach einer Operation zu verstärktem oder anhaltendem Bluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kam es bei Ihrem Kind bei <b>Abfall des Nabels</b> zu einer Blutung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Kam es beim <b>Zahnwechsel</b> oder beim <b>Zahnziehen</b> zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hat Ihr Kind schon einmal <b>Blutkonserven</b> oder <b>Blutprodukte</b> bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen <b>Schmerzmittel</b> wie z.B. Aspirin genommen? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Bekam oder bekommt Ihr Kind <b>Medikamente</b> , z.B. Antibiotika, Valproat, Marcumar, ...? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ist bei Ihrem Kind eine <b>Grunderkrankung</b> , wie z.B. eine Leber- oder Nierenerkrankung bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zusatzfragen für die Mutter

	ja	nein
1. Haben Sie den Eindruck, dass die <b>Monatsblutungen</b> verlängert (+7 Tage) und/oder verstärkt sind (häufiger Binden-/Tamponwechsel)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kam es <b>bei oder nach Geburt eines Kindes</b> bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familienanamnese, getrennt für Mutter und Vater

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

---

Unterschrift des Arztes

---

Praxisstempel

Netzwerk vWS