

Gerinnungsfragebogen /OP-Vorbereitung

Liebe Eltern, liebe Patienten, bei Ihrem Kind/Jugendlichen ist in nächster Zeit eine Operation geplant. Um ein mögliches Blutungsrisiko abzuschätzen, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen:

Name des Patienten: _____ Geburtstag: _____

Wann wird operiert? _____ Was wird operiert? _____

Wer operiert: _____ Arztbericht vorhanden? ja nein

Anamnese vom Kind

- | | ja | nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Treten bei Ihrem Kind vermehrt "blaue Flecken auf, auch am Körperstamm oder ungewöhnlichen Stellen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Wurde ihr Kind schon einmal operiert? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Kam es während oder nach der OP zu längerem oder verstärktem Nachbluten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Kam es im Zahnwechsel oder nach dem Ziehen von Zähnen zu längerem oder verstärktem Nachbluten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte übertragen bekommen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel, zum Beispiel ASS, Aspirin oder Ähnliches genommen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Familienanamnese:

- | | Vater | | Mutter | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | ja | nein | ja | nein |
| 1. Haben Sie vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund festgestellt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnittwunden (Bsp.Rasieren) nachblutet? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Gab es in der Vorgeschichte längere oder stärkere Nachblutungen nach Operationen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Gab es längere/verstärkte Nachblutungen nach/während des Ziehens von Zähnen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Gab es in der Vorgeschichte Operationen, bei denen Sie Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten haben? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Gibt es oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert oder verstärkt ist? | / | / | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Kam es bei oder nach der Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen? | / | / | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Aachen, den

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

212316900

Gemeinschaftspraxis für Kinderheilkunde
und Allgemeinmedizin

Umweltmedizin-Naturheilverfahren-Reisemedizin

Gelbfieberimpfstation

R. Achim Weber & Gert M. Pinkall

Fachärzte für Pädiatrie

K.Elbers- ang.Ärztin- Allgemeinmedizin

Alt-Haarener-Straße 199, 52080 Aachen

Tel: 0241/164212 Fax:0241/161438

www.weber-pinkall.de

Fragebogen ärztlich geprüft: