

## Anamnesefragen zur Erfassung des Blutungsrisikos bei Kindern

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Eigenanamnese des Kindes

Vom Arzt oder von den Eltern anzukreuzen:



1. Hat Ihr Kind vermehrt **Nasenbluten** ohne erkennbaren Grund? ja  nein

2. Treten bei Ihrem Kind vermehrt **blaue Flecke** auf, auch am Körperstamm oder ungewöhnlichen Stellen?



3. Traten bei Ihrem Kind nach dem **Impfen** deutlich erkennbare blaue Flecken an der Impfstelle auf?

4. Haben Sie bei Ihrem Kind **Zahnfleischbluten** ohne erkennbare Ursache festgestellt?

5. Wurde Ihr Kind schon einmal **operiert**? Kam es während oder nach einer Operation zu verstärktem oder anhaltendem Bluten?



6. Kam es bei Ihrem Kind bei **Abfall des Nabels** zu einer Blutung?

7. Kam es beim **Zahnwechsel** oder beim **Zahnziehen** zu längerem oder verstärktem Nachbluten?

8. Hat Ihr Kind schon einmal **Blutkonserven** oder **Blutprodukte** bekommen?

9. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen **Schmerzmittel** wie z. B. Aspirin genommen?



Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Bekam oder bekommt Ihr Kind **Medikamente**, z.B. Antibiotika, Valproat, Marcumar, ... ?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



11. Ist bei Ihrem Kind eine **Grunderkrankung**, wie z.B. eine Leber- oder Nierenerkrankung, bekannt?

### Klassifizierung durch den Arzt

- |   | falls ja |
|---|----------|
| » immer schon                                 | 2        |
| » nur saisonal                                | 3        |
| » HNO-Befund vorhanden                        |          |
| » bei Medikamenteneinnahme                    | 1        |
| » arterielle Hypertonie                       | 4        |
| » lebhaftes Kind?                             | 0        |
| » ohne Anstoßen, Zwicken etc.                 | 2; 1     |
| » immer schon                                 | 2        |
|   | 2        |
| » Parodontitis                                | 0        |
| » welche Operation?                           | 4        |
|   | 2        |
| » über 5 Minuten                              | 2        |
| » Nachbehandlung war nötig                    | 2        |
| » bei Medikamenteneinnahme                    | 1        |
|   | 4; 2     |
| » Blutungsneigungen seit Medikamenteneinnahme | 2; 4; 5  |
| » Blutungsneigungen seit Medikamenteneinnahme | 2; 4; 5  |
| » welche Erkrankung?                          | 4        |

## Zusatzfragen für die Mutter

Vom Arzt oder von der Mutter anzukreuzen:



1. Haben Sie den Eindruck, dass die **Monatsblutungen** verlängert (+7 Tage) und/oder verstärkt sind (häufiger Binden-/Tamponwechsel)?
2. Kam es **bei oder nach Geburt eines Kindes** bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?

ja  nein

Klassifizierung durch den Arzt

» seit Menarche falls ja  
2

2

## Familienanamnese, getrennt für Mutter und Vater

Vom Arzt oder von den Eltern anzukreuzen:



1. Haben Sie vermehrt **Nasenbluten**, auch ohne erkennbaren Grund?

Mutter		Vater	
ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



2. Treten bei Ihnen vermehrt **blaue Flecke** auf, auch ohne sich zu stoßen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



4. Haben Sie den Eindruck, dass Sie bei **Schnittwunden** (z.B. beim Rasieren) länger nachbluten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



3. Haben Sie bei sich **Zahnfleischbluten** ohne ersichtlichen Grund festgestellt?
5. Gab es bei Ihnen nach **Operationen** längere oder verstärkte Nachblutungen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



7. Kam es bei Ihnen beim **Zahnziehen** zu längerem oder verstärktem Nachbluten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8. Haben Sie schon einmal **Blutkonserven** oder **Blutprodukte** erhalten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9. Gibt oder gab es in Ihrer Familie **Fälle von vermehrter Blutungsneigung**?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Klassifizierung durch den Arzt

» immer schon falls ja  
2  
 » nur saisonal 3  
 » HNO-Befund vorhanden 1  
 » bei Medikamenteneinnahme 4  
 » arterielle Hypertonie 4

» traumafördernde Tätigkeiten 0  
 » immer schon 2  
 » bei Medikamenteneinnahme 1

» Parodontitis 0

» über 5 Minuten 2  
 » typische Verletzung (Nassrasur) 2  
 » bei Medikamenteneinnahme 1

» welche Operation? 4

» über 5 Minuten 2  
 » Nachbehandlung war nötig 2  
 » bei Medikamenteneinnahme 1

4;2

» Verwandtschaftsgrad 2  
 » Diagnose bekannt 2

Unterschrift des Arztes

Praxisstempel

0 = kein Handlungsbedarf  
 1 = Medikamentenanamnese  
 2 = Gerinnungsdiagnostik notwendig, evtl. Überweisung Gerinnungszentrum  
 3 = Überweisung HNO-Facharzt  
 4 = Befundaushebung, ggfs. Konsultation Hämostaseologe, Pädiater oder Internist  
 5 = Konsultation Hämostaseologe, Pädiater oder Internist/Krankenhaus (Chirurg) und evtl. Karenz