

# Fragebogen vor geplanten operativen Eingriffen bei Kindern



Name des Kindes

Geburtsdatum

Datum

Dr. med. Anke Steuerer  
Dr. med. Wiebke Specht  
Dr. med. Johannes Urban

## 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)

- |  | ja  | nein  |
|--|---|---|
|  | V M   | V M   |
| 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!