

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Die Weilheimer Kinder- und Jugendärzte

Fachärztliche Gemeinschaftspraxis
 für Kinder – und Jugendmedizin
 Allergologie – Naturheilverfahren

Dr. Brigitte Birk Dr. Harald Knee Dr. Tim Schmitz Dr. Christoph Wittermann



Liebe Eltern, bei Ihrem Kind ist in nächster Zeit eine Operation geplant. Um ein mögliches Blutungsrisiko einschätzen zu können, bitten wir Sie um die sorgfältige Beantwortung folgender Fragen:

Eigenanamnese 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 Flecken auf, auch am Körperstamm oder ungewöhnlichen Stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie Zahnfleisch bluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kam es während oder nach einer Operation zu verstärkten oder anhaltendem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kam es beim Zahnwechsel oder beim Zahnziehen zu längerer oder verstärkter Nachblutung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerz- oder Fiebermittel genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familienanamnese, getrennt für Mutter und Vater:	Mutter		Vater	
	ja	nein	ja	nein
1. Haben Sie vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Treten bei Ihnen vermehrt blaue Flecken auf, auch ohne sich zu stoßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund festgestellt?	<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"/>
5. Gab es bei Ihnen nach Operationen längere oder verstärkte Nachblutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gab es bei Ihnen beim Zahnziehen längere oder verstärkte Nachblutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten, z.B. bei Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gibt oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusatzfragen für die Mutter:	ja	nein
1. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert oder verstärkt ist oder war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kam es bei oder nach Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe die Fragen verstanden und bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben

Sorgeberechtigte/r

Geprüft und besprochen

_____, _____
Datum, Arzt