



Anamnese für mögliche Gerinnungsstörung

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

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 Bauch/Rücken oder ungewöhnlichen Stellen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Heilen Wunden Ihres Kindes schlecht ab? | <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 längerem und verstärktem Nachbluten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kam es im 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 (Transfusion)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel, z. B. Aspirin, ASS oder Ähnliches bekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Familienanamnese für Vater und Mutter

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hat einer von Ihnen vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hat einer von Ihnen Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hat einer von Ihnen den Eindruck, dass es bei Schnittwunden (Rasieren) nachblutet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gab es in der Vorgeschichte bei Ihnen (Vater/Mutter/Geschwister) längere oder verstärkte Nachblutungen nach Operationen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie nach einer Operation Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten müssen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gab es längere oder verstärkte Nachblutungen nach/während des Ziehens von Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Gibt es oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung oder bekannte Gerinnungsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zusatzfragen an die Mutter

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 8. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert oder verstärkt ist? Oder dass bei ihrer Tochter (<i>falls schon zutreffend</i>) die Regelblutung verstärkt ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Kam es bei oder nach der Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zur stationären Aufnahme mit, sollten Sie eine Frage (außer der grau hinterlegten) mit „Ja“ beantworten ist eine Gerinnungsabklärung vor einem Eingriff oder einer Endoskopie erforderlich.

Sollten Sie unsicher sein nehmen Sie Kontakt mit uns auf unter kinder-gastro@vincenz.de