



Liebe Eltern,

bitte füllen Sie die Fragen gewissenhaft aus und bringen diesen Anamnesebogen zum vereinbarten Termin mit. Bitte beachten Sie, dass bei Mutter und Vater, die Angaben zu den **leiblichen** Eltern erfolgen müssen.

## **Anamnesefragen zur Erfassung des Blutungsrisikos bei Kindern**

Name des Kindes:.....geb. am:.....

### **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, auch am Körperstamm oder ungewöhnlichen Stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Traten bei Ihrem Kind nach dem Impfen deutlich erkennbare blaue Flecken an der Impfstelle auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Haben Sie bei Ihrem Kind Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kam es während oder nach einer Operation zu verstärktem oder anhaltendem Bluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kam es zu sonstigen Zwischenfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Kam es bei Ihrem Kind bei Abfall des Nabels zu einer Blutung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Kam es beim Zahnwechsel oder beim Zahnziehen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel genommen? Wenn ja, welches:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Bekam oder bekommt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ist bei Ihrem Kind eine Grunderkrankung bekannt? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Anamnese 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. 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.	Kam es bei Ihnen beim Zahnziehen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Haben Sie schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten?	<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 die Monatsblutungen verlängert (+7 Tage) und/oder verstärkt sind (häufiger Binden- / Tamponwechsel)?	<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"/>

.....  
 Datum

.....  
 Unterschrift Sorgeberechtigte/r