



Anamnesefragen zur Erfassung des Blutungsrisikos

Dr. H. J. Niewerth
 Facharzt für Kinderheilkunde
 Kleiberg 21
 53721 Siegburg

Name: _____ geb. am _____ Datum: _____

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 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 ? Kam es während oder nach einer Operation zu verstärktem oder anhaltendem Bluten? | <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 wie z. B. Aspirin genommen?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bekam oder bekommt Ihr Kind Medikamente , z.B. Antibiotika, Valproat, Marcumar, ... ?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ist bei Ihrem Kind eine Grunderkrankung , wie z.B. eine Leber oder Nierenerkrankung, bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Familienanamnese, getrennt für:

- | | 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 Flecke 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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> | | |