



Anamnesebogen vor ambulaten operativen Eingriffen bei Kindern

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Operation

Was _____ Wann _____ Wo _____

	Ja	Nein
Eigenanamnese des Kindes		
1. Kam es nach dem Nabelschnurabfall zu verstärkter Blutung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Treten bei Ihrem Kind vermehrt "blaue Flecken" auf, auch am Rumpf oder ungewöhnlichen Stellen, oder gab es blaue Flecken mit/ohne Schwellung beim Impfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hat Ihr Kind Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wenn ja, kam es während oder nach einer Operation zu längerem und verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kam es beim Zahnwechsel oder nach dem Ziehen von Zähnen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte übertragen bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel, wie zum Beispiel Aspirin, ASS oder Ähnliches genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja		Nein	
	Mutter	Vater	Mutter	Vater
Familienanamnese, getrennt für Vater und Mutter				
10. Haben Sie vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnittwunden (Rasieren) nachblutet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Gab es in der Vorgeschichte verstärkte Nachblutungen nach Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Gab es längere oder verstärkte Nachblutungen nach oder während des Ziehens von Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Gab es in der Vorgeschichte Operationen, bei denen Sie Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Gibt oder gab es in Ihrer Familie Fälle von verstärkter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Zusatzfragen an die Mutter		
17. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert oder verstärkt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kam es bei oder nach der Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>