

Anamnesefragen zur Erfassung des Blutungsrisikos bei Kindern

Name des Kindes: _____ Blutgruppe: _____

Geb.datum: _____ Datum: _____

Eigenanamnese des Kindes

Vom Arzt oder von den Eltern anzukreuzen:



1. Hat Ihr Kind vermehrt **Nasenbluten** ohne erkennbaren Grund? ja nein

2. Treten bei Ihrem Kind vermehrt **blaue Flecke** auf, auch am Körperstamm oder ungewöhnlichen Stellen?



3. Traten bei Ihrem Kind nach dem **Impfen** deutlich erkennbare blaue Flecken an der Impfstelle auf?

4. Haben Sie bei Ihrem Kind **Zahnfleischbluten** ohne erkennbare Ursache festgestellt?

5. Sollte ihr Kind schon einmal operiert worden sein, kam es in diesem Fall zu verstärktem oder anhaltendem Bluten?



6. Kam es bei Ihrem Kind bei **Abfall des Nabels** zu einer Blutung?

7. Kam es beim **Zahnwechsel** oder beim **Zahnziehen** zu längerem oder verstärktem Nachbluten?

8. Hat Ihr Kind schon einmal **Blutkonserven** oder **Blutprodukte** bekommen?

9. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen **Schmerzmittel** wie z. B. Aspirin genommen?



Wenn ja, welche? _____

10. Bekam oder bekommt Ihr Kind **Medikamente**, z. B. Antibiotika, Valproat, Marcumar, ... ?

Wenn ja, welche? _____



11. Ist bei Ihrem Kind eine **Grunderkrankung**, wie z. B. eine Leber- oder Nierenerkrankung, bekannt?

Klassifizierung durch den Arzt

falls ja

» immer schon 2
 » nur saisonal 3
 » HNO-Befund vorhanden
 » bei Medikamenteneinnahme 1
 » arterielle Hypertonie 4

» lebhaftes Kind? 0
 » ohne Anstoßen, Zwicken etc. 2; 1
 » immer schon 2

2

» Parodontitis 0

» welche Operation? 4

2

» über 5 Minuten 2
 » Nachbehandlung war nötig 2
 » bei Medikamenteneinnahme 1

4; 2

» Blutungsneigungen seit Medikamenteneinnahme 2; 4; 5

» Blutungsneigungen seit Medikamenteneinnahme 2; 4; 5

» welche Erkrankung? 4

Fortsetzung Eigenanamnese des Kindes

Vom Arzt oder von den Eltern anzukreuzen:



1. Sollte Ihr Kind schon einmal eine Monatsblutung gehabt haben, war diese verlängert und / oder verstärkt ?

ja nein

Klassifizierung durch den Arzt

» seit Menarche falls ja
2

Zusatzfragen für die Mutter

Vom Arzt oder von der Mutter anzukreuzen:



1. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Monatsblutungen verlängert (+7 Tage) und/oder verstärkt sind (häufiger Binden-/Tamponwechsel)?
2. Kam es bei oder nach Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?

ja nein

ja nein

Klassifizierung durch den Arzt

» seit Menarche falls ja
2

Familienanamnese, getrennt für Mutter und Vater

Vom Arzt oder von den Eltern anzukreuzen:



1. Haben Sie vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund?

Mutter		Vater	
ja	nein	ja	nein
<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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



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. 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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Klassifizierung durch den Arzt

	falls ja
» immer schon	2
» nur saisonal	3
» HNO-Befund vorhanden	
» bei Medikamenteneinnahme	1
» arterielle Hypertonie	4
» traumafördernde Tätigkeiten	0
» immer schon	2
» bei Medikamenteneinnahme	1
» Parodontitis	0
» über 5 Minuten	2
» typische Verletzung (Nassrasur)	2
» bei Medikamenteneinnahme	1
» welche Operation?	4
» über 5 Minuten	2
» Nachbehandlung war nötig	2
» bei Medikamenteneinnahme	1
	4;2
» Verwandtschaftsgrad	
» Diagnose bekannt	2

Praxisstempel

Unterschrift des Arztes

0 = kein Handlungsbedarf
 1 = Medikamentenanamnese
 2 = Gerinnungsdiagnostik notwendig, evtl. Überweisung Gerinnungszentrum
 3 = Überweisung HNO-Facharzt
 4 = Befundaufhebung, ggfs. Konsultation Hämostaseologe, Pädiater oder Internist
 5 = Konsultation Hämostaseologe, Pädiater oder Internist/Krankenhaus (Chirurg) und evtl. Karenz