

**Sehr geehrte Eltern,**

wir möchten alles bestmöglich für die bei Ihrem Kind geplante OP vorbereiten. Nehmen Sie sich bitte einen Augenblick Zeit, den Fragebogen auszufüllen. Sie ersparen Ihrem Kind dadurch meist eine Blutentnahme.

**Eigenanamnese des Kindes:**

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten bei Ihrem Kind vermehrt „blaue Flecken“ auf, auch am Körperstamm oder ungewöhnlichen Stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kam es während oder nach einer Operation zu längerem und verstärktem Nasenbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte übertragen bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel, z. B. Aspirin, ASS, Nurofen oder ähnliches genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Familienanamnese, getrennt für Vater und Mutter:</b>	<b>Mutter</b>		<b>Vater</b>	
	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Haben Sie vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnittwunden (Rasieren) nachblutet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es in der Vorgeschichte längere oder verstärkte Nachblutungen nach Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es längere oder verstärkte Nachblutungen nach oder während dem Ziehen von Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Gibt es oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zusatzfragen an die Mutter:**

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert oder verstärkt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kam es bei oder nach der Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

