

**Fragebogen zur Erfassung des Blutungsrisikos**

Name, Vorname(n): \_\_\_\_\_  
 Geboren am: \_\_\_\_\_

	Ja	Nein	Klassifizierung falls ja	
Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer schon	2
			saisonal	3
			bei Medikamenteneinnahme	1
			arterielle Hypertonie	4
Treten bei Ihrem Kind vermehrt blaue Flecken auf, auch am Körperstamm oder an ungewöhnlichen Stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr lebhaftes Kind?	0
			ohne Anstoßen, Zwicken	2;1
			immer schon	2
Treten bei Ihrem Kind nach dem Impfen deutlich erkennbare Flecken an der Impfstelle auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2
Haben Sie bei Ihrem Kind Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parodontitis	0
Kam es während oder nach Operationen zu verstärktem oder anhaltendem Bluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Operationen?	4
Kam es bei Ihrem Kind nach Abfall des Nabels zu einer Blutung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2
Kam es beim Zahnwechsel oder Zähneziehen zu längeren oder verstärkten Nachblutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	> 5 min	2
			Nachbehandlung war nötig	2
			bei Medikamenteneinnahme	1
Hat Ihr Kind schon mal eine Blutkonserve oder Blutprodukte erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2;4
Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel, z.B. Aspirin erhalten? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme	2;4;5
Bekam oder bekommt Ihr Kind Medikamente, z.B. Antibiotika, Valproat, Marcumar? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme	2;4;5
Ist bei Ihrem Kind eine Leber- oder Nierenerkrankung bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?	4

**Zusatzfragen an die Kindesmutter**

	Ja	Nein	Klassifizierung falls ja	
Haben Sie verlängerte (>7 Tage) oder verstärkte Monatsblutungen (häufiger Einlagenwechsel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit Menarche	2
Kam es nach Geburt des Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2

**Zusatzfragen an die leiblichen Eltern**

	Mutter		Vater			
	Ja	Nein	Ja	Nein		
Haben Sie vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					immer schon	2
					saisonal	3
					bei Medikamenteneinnahme	1
					arterielle Hypertonie	4
Treten bei Ihnen vermehrt blaue Flecken auf, auch ohne sich zu stoßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					traumafördernde Tätigkeiten	0
					immer schon	2
					bei Medikamenteneinnahme	1
Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					Parodontitis	0
Kommt es bei Schnittwunden (z.B. Rasieren) zu längeren Nachblutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					> 5 min	2
					Nachbehandlung war nötig	2
					bei Medikamenteneinnahme	1
Gab es nach Operationen längere oder verstärkte Nachblutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					Welche Operationen?	4
Kam es bei Ziehen von Zähnen zu verstärkten Nachblutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					> 5 min	2
					Nachbehandlung war nötig	2
					bei Medikamenteneinnahme	1
Haben Sie schon mal Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
						2;4
Gibt oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					Verwandtschaftsgrad	

Unterschrift Eltern:

0	kein Handlungsbedarf
1	Medikamentenanamnese
2	Gerinnungsdiagnostik notwendig
3	Überweisung HNO
4	Befundanforderung
5	Konsultation Hämostaseologie

Stempel / Unterschrift

Datum: