






Anamnesefragen zur Erfassung des Blutungsrisikos bei Kindern

Name des Kindes: _____ Blutgruppe: _____

Geb.datum: _____ Datum: _____

Eigenanamnese des Kindes

Vom Arzt oder von den Eltern anzukreuzen:

- | | 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  Wenn ja, welche? _____ | | |
| 10. Bekam oder bekommt Ihr Kind Medikamente , z.B. Antibiotika, Valproat, Marcumar, ... ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
|  11. Ist bei Ihrem Kind eine Grunderkrankung , wie z.B. eine Leber- oder Nierenerkrankung, bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Klassifizierung durch den Arzt

- | | falls ja |
|---|----------|
| » immer schon | 2 |
| » nur saisonal | 3 |
| » HNO-Befund vorhanden | 1 |
| » bei Medikamenteneinnahme | 4 |
| » 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 |

Zusatzfragen für die Mutter

Vom Arzt oder von der Mutter anzukreuzen:



1. Haben Sie den Eindruck, dass die **Monatsblutungen** verlängert (+7 Tage) und/oder verstärkt sind (häufiger Binden-/Tamponwechsel)?

ja nein

2. Kam es **bei oder nach Geburt eines Kindes** bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?

Klassifizierung durch den Arzt

falls ja

» seit Menarche

2

2

Familienanamnese, getrennt für Mutter und Vater

Vom Arzt oder von den Eltern anzukreuzen:



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

Mutter

ja nein

Vater

ja nein



2. Treten bei Ihnen vermehrt **blaue Flecke** auf, auch ohne sich zu stoßen?



4. Haben Sie den Eindruck, dass Sie bei **Schnittwunden** (z. B. beim Rasieren) länger nachbluten?



6. Kam es bei Ihnen beim **Zahnziehen** zu längerem oder verstärktem Nachbluten?



7. Haben Sie schon einmal **Blutkonserven** oder **Blutprodukte** erhalten?

8. Gibt oder gab es in Ihrer Familie **Fälle von vermehrter Blutungsneigung**?

Klassifizierung durch den Arzt

falls ja

» immer schon

2

» nur saisonal

3

» HNO-Befund vorhanden

1

» bei Medikamenteneinnahme

4

» 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

Unterschrift des Arztes

Praxisstempel

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