



Blutungsrisiko bei Kindern

Anamnesefragebogen (in Anlehnung an Netzwerk vWS)

Name des Kindes _____

Blutgruppe _____

Geburtsdatum _____

Datum _____

Eigenanamnese des Kindes

(vom Arzt oder von den Eltern anzukreuzen)

		Klassifizierung durch den Arzt	falls zutreffend (siehe Rückseite)
1. Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» immer schon » nur saisonal » HNO-Befund vorhanden » bei Medikamenteneinnahme » arterielle Hypertonie	2 3 1 4
2. Treten bei Ihrem Kind vermehrt blaue Flecke auf, auch am Körperstamm oder ungewöhnlichen Stellen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» lebhaftes Kind? » ohne Anstoßen, Zwicken etc. » immer schon	0 2; 1 2
3. Traten bei Ihrem Kind nach dem Impfen deutlich erkennbare blaue Flecken an der Impfstelle auf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		2
4. Haben Sie bei Ihrem Kind Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» Parodontitis	0
5. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? Kam es während oder nach der Operation zu verstärktem oder anhaltendem Bluten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» welche Operation?	4
6. Kam es bei Ihrem Kind bei Abfall des Nabels zu einer Blutung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		2
7. Kam es beim Zahnwechsel oder beim Zahnziehen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» über 5 Minuten » Nachbehandlung war nötig » bei Medikamenteneinnahme	2 2 1
8. Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte bekommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		4; 2
9. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel wie z. B. Aspirin genommen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme	2; 4; 5
10. Bekam oder bekommt Ihr Kind Medikamente, z.B. Antibiotika, Valproat, Marcumar, ... ? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme	2; 4; 5
11. Ist bei Ihrem Kind eine Grunderkrankung, wie z.B. eine Leber- oder Nierenerkrankung, bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» welche Erkrankung?	4

Familienanamnese, getrennt für Mutter und Vater

(vom Arzt oder von den Eltern anzukreuzen)

	Vater	Mutter	Klassifizierung durch den Arzt	falls zutreffend (siehe unten)
1. Haben Sie vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» immer schon » nur saisonal » HNO-Befund vorhanden » bei Medikamenteneinnahme » arterielle Hypertonie	2 3 1 4
2. Treten bei Ihnen vermehrt blaue Flecke auf, auch ohne sich zu stoßen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» traumafördernde Tätigkeiten » immer schon » bei Medikamenteneinnahme	0 2 1
3. Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» Parodontitis	0
4. Haben Sie den Eindruck, dass Sie bei Schnittwunden (z.B. beim Rasieren) länger nachbluten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» über 5 Minuten » typische Verletzung (Nassrasur) » bei Medikamenteneinnahme	2 2 1
5. Gab es bei Ihnen nach Operationen längere oder verstärkte Nachblutungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» welche Operation?	4
7. Kam es bei Ihnen beim Zahnziehen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» über 5 Minuten » Nachbehandlung war nötig » bei Medikamenteneinnahme	2 2 1
8. Haben Sie schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		4; 2
9. Gibt oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» Verwandtschaftsgrad » Diagnose bekannt	2
10. Haben Sie den Eindruck, dass die Monatsblutungen verlängert (+7 Tage) und/oder verstärkt sind (häufiger Binden-/Tamponwechsel)?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	» seit Menarche	2
11. Kam es bei oder nach Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		2

Weitere Fragen?

Telefon: 0800 4337868 · haemostase@ladr.de

Konsequenz falls Anamnese zutreffend:

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

(Praxisstempel)

(Unterschrift des Arztes)