



Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Blutgruppe (wenn bekannt):

Geplanter Eingriff (wenn bekannt):

Eigenanamnese des Kindes
vom Arzt oder den Eltern anzukreuzen, bitte ggf. unterstreichen bzw. ergänzen

1	Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
2	Treten bei Ihrem Kind vermehrt blaue Flecke auf, auch am Körperstamm oder an ungewöhnlichen Stellen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
3	Traten bei Ihrem Kind nach dem Impfen deutlich erkennbare blaue Flecken an der Impfstelle auf?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
4	Haben Sie bei Ihrem Kind Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
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
6	Kam es bei Ihrem Kind bei Abfall des Nabels zu einer Blutung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
7	Kam es beim Zahnwechsel oder beim Zahnziehen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
8	Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte bekommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
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
10	Bekam oder bekommt Ihr Kind Medikamente, z.B. Antibiotika, Valproat, Marcumar, Falithrom o.ä.? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
11	Ist bei Ihrem Kind eine Grunderkrankung, wie z.B. eine Leber- oder Nierenerkrankung, bekannt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Zusatzfragen/Notizen des Arztes
Bitte angeben

· immer schon	<input type="checkbox"/>
· nur saisonal	<input type="checkbox"/>
· HNO-Befund vorhanden	<input type="checkbox"/>
· bei Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>
· arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/>
· lebhaftes Kind?	<input type="checkbox"/>
· ohne Anstoßen, Zwicken etc.	<input type="checkbox"/>
· immer schon	<input type="checkbox"/>
· Parodontitis	<input type="checkbox"/>
· welche Operation?	<input type="checkbox"/>
· über 5 Minuten	<input type="checkbox"/>
· Nachbehandlung war nötig	<input type="checkbox"/>
· bei Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>
· Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>
· Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>
· welche Erkrankung?	<input type="checkbox"/>

Familienanamnese Vom Arzt oder den Eltern anzukreuzen, bitte ggf. unterstreichen bzw. ergänzen	Vater	Mutter	Zusatzfragen/Notizen des Arztes Bitte angeben
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	<ul style="list-style-type: none"> · immer schon <input type="checkbox"/> · nur saisonal <input type="checkbox"/> · HNO-Befund vorhanden <input type="checkbox"/> · bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/> · arterielle Hypertonie <input type="checkbox"/>
2 Treten bei Ihnen vermehrt blaue Flecken auf, auch ohne sich zu stoßen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<ul style="list-style-type: none"> · traumafördernde Tätigkeiten <input type="checkbox"/> · immer schon <input type="checkbox"/> · bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>
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	<ul style="list-style-type: none"> · Parodontitis <input type="checkbox"/>
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	<ul style="list-style-type: none"> · über 5 Minuten <input type="checkbox"/> · typische Verletzung (Nassrasur) <input type="checkbox"/> · bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>
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	<ul style="list-style-type: none"> · welche Operation? <input type="checkbox"/>
6 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	<ul style="list-style-type: none"> · über 5 Minuten <input type="checkbox"/> · Nachbehandlung war nötig <input type="checkbox"/> · bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>
7 Haben Sie schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
8 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	<ul style="list-style-type: none"> · Verwandtschaftsgrad: · Diagnose bekannt <input type="checkbox"/>
9 Zusatzfrage an die Mutter: 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	<ul style="list-style-type: none"> · seit Menarche <input type="checkbox"/>
10 Zusatzfrage an die Mutter: Kam es bei oder nach Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

Datum	Praxisstempel
Unterschrift des Arztes	