

Fragebogen zur ambulanten Operation

Pat.-Name/Geb.Datum:

Anamnese zu Störungen der Blutgerinnung vor geplanter ambulanter Operation bei Kindern

Vorgeschichte des Kindes	nein	ja
1. Hat Ihr Kind häufiger Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hat Ihr Kind häufiger „blaue Flecken“, auch am Körper oder an ungewöhnlichen Stellen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hat Ihr Kind häufiger Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kam es während oder nach einer Operation zu längeren oder verstärkten Nachblutungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Gab es Probleme bei der Narkose? Verzögertes wach werden oder starke Übelkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hat Ihr Kind schon einmal eine Blutkonserve oder Blutprodukte übertragen bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel, zum Beispiel Aspirin, ASS, Ibuprofen oder ähnliche eingenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragen an Mutter und Vater:	Vater		Mutter	
	Ja	Nein	Ja	Nein
9. Haben Sie häufiger Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Haben Sie den Eindruck, dass bei Ihnen Schnittwunden (z.B. Rasieren) länger nachbluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Gab es in Ihrer Vorgeschichte längere oder verstärkte Nachblutungen nach Operationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Gab es längere oder verstärkte Nachblutungen während oder nach dem Ziehen von Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Gab es in Ihrer Vorgeschichte Operationen, bei denen Sie Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Gibt es oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung oder bekannte Blutgerinnungsstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert oder verstärkt ist?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Kam es bei oder nach der Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige Anmerkungen?.....

Hürth, den

Unterschrift:.....