



Dr. med. M. Lang - Bahnhofstraße 4 - 86150 Augsburg

**Dr. med. Martin Lang**  
Kinderheilkunde - Jugendmedizin

Bahnhofstraße 4  
86150 Augsburg  
Telefon 0821 / 3 83 83  
Telefax 0821 / 3 83 99  
www.jugendmedizin.de  
Dr.Lang@augsb.de

## Präoperative Gerinnungsanamnese

è Anlage zum präoperativen Untersuchungsbogen ab 3. Lebensjahr

**Patient:** ..... , geboren am: .....

wohnhaft in: .....

Eigenanamnese des Kindes	ja	nein
1. Kam es nach Nabelschnurabfall zu verstärkter Blutung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Treten bei Ihrem Kind vermehrt .blaue Flecke. auf, auch am Körperstamm oder ungewöhnlichen Stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kam es während oder nach einer Operation zu längerem und verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kam es im Zahnwechsel oder nach dem Ziehen von Zähnen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte übertragen bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel, z. B. Aspirin, ASS oder ähnliches genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familienanamnese, getrennt für Vater und Mutter	ja Vater /Mutter	nein
10. Haben Sie vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund festgestellt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnittwunden (Rasieren) nachblutet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Gab es in der Vorgeschichte längere oder verstärkte Nachblutungen nach Operationen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Gab es längere oder verstärkte Nachblutungen nach oder während dem Ziehen von Zähnen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Gab es in der Vorgeschichte Operationen, bei denen Sie Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten haben?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Gibt es oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusatzfragen an die Mutter	ja	nein
17. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert oder verstärkt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kam es bei oder nach Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle: Eberl W et al. (2005) Präoperatives Screening auf Gerinnungsstörungen vor Adenotomie und Tonsillektomie. Klin Pädiatr; 217: 20 - 24

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: .....