

Name des Kindes:

Vorname:

geb. Datum:

Anamnese vor geplanter Adenotomie oder Tonsillektomie bei Kindern

Eigenanamnese des Kindes

- | | 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 an Körperstamm oder ungewöhnlichen Stellen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kam es während einer Operation zu längerem und verstärktem Nachbluten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kam es im Zahnwechsel oder nach einer Operation zu längerem und verstärktem Nachbluten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte übertragen bekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 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

- | | Vater | | Mutter | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | ja | nein |
| 1. Haben Sie vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund festgestellt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnittwunden (Rasieren) nachblutet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gab es in der Vorgeschichte längere oder verstärkte Nachblutungen nach Operationen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gab es längere oder verstärkte Nachblutungen nach oder während des Ziehens von Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gab es in der Vorgeschichte Operationen, bei denen Sie Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Gibt es oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zusatzfragen an die Mutter

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 8. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert oder verstärkt ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Kam es bei oder nach der Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum:

Unterschrift der Eltern: