

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

**Fragen zum Kind**

1	Ist bei Ihrem Kind eine Blutungsneigung bekannt oder ist es auf ein solches bereits untersucht worden ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2	Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3	Treten bei Ihrem Kind vermehrt blaue Flecke auf, auch am Körperstamm oder an ungewöhnlichen Stellen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4	Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursachen festgestellt ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5	Kam es während oder nach einer Operation zu verstärkten oder anhaltendem Bluten ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6	Kam es beim Zahnwechsel oder beim Zahnziehen zu längerem oder verstärkten Nachbluten ? (nur Milchzähne <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7	Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte bekommen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8	Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel wie z.B. Aspirin eingenommen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9	Bekommt Ihr Kind überhaupt Medikamente, z.B. Valproat, Marcumar etc. ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10	Ist bei Ihrem Kind eine andere Erkrankung, wie z.B. eine Leber- oder Nierenerkrankung bekannt ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Fragen zur Familie, getrennt für Mutter und Vater**

		Mutter		Vater	
1	Ist bei Ihnen eine Blutungsneigung bekannt oder sind Sie bereits darauf untersucht worden ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2	Haben Sie vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3	Treten bei Ihnen vermehrt blaue Flecke auf, auch ohne sich zu stoßen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4	Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund festgestellt ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5	Haben Sie den Eindruck, dass Sie bei kleinen Schnittwunden länger nachbluten ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6	Gab es bei Ihnen nach Operationen längere oder verstärkte Nachblutungen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7	Gab es bei Ihnen beim Zahnziehen längere oder verstärkte Nachblutungen ? (noch kein Zahn gezogen: Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8	Haben Sie schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9	Gibt oder gab es in Ihrer Familie (Blutsverwandte) Fälle von vermehrter Blutungsneigung ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
10	Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert oder verstärkt ist oder war ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
11	Kam es bei oder nach der Geburt eines Kindes bei Ihnen zu starken Blutungen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Ersetzt Gerinnungsuntersuchung, wenn keine Frage mit „ja“ beantwortet wird

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift