

**Persönliche Daten**

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Geb.-Datum:	Tel.-Nr. tagsüber:
Größe: _____ cm / Gewicht: _____ kg	Mobil-Nr.:
Grund der Untersuchung:	

**Bitte listen Sie operative Eingriffe bei Ihrem Kind auf:**

Jahr	Art des Eingriffs	Komplikationen? Vermehrte Blutung?

**Besteht bei Ihrem Kind eine der folgenden Blutungsneigungen?**

Blutungsneigungen	Ja	Nein
Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?		
Treten bei Ihrem Kind vermehrt blaue Flecken auf, auch am Körperstamm oder an anderen ungewöhnlichen Stellen?		
Hat Ihr Kind Zahnfleischbluten?		
Kam es bei Operationen zu längerem u. verstärktem Nachbluten? Bitte auch oben eintragen.		
Kam es im Zahnwechsel oder nach dem Ziehen von Zähnen zu längeren oder verstärkten Blutungen?		
Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder andere Blutprodukte bekommen?		
Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel (z. B. Aspirin) oder Antibiotika bekommen?		
<b>Zusatzfrage jugendliche Mädchen mit Monatsblutung</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Ist die Regelblutung verlängert (> 5Tage) oder verstärkt?		
An welchem Tag hat die letzte Monatsblutung begonnen? _____.		

**Traten bei Ihrem Kind Gefäßverschlüsse auf?**

Im Rahmen von ...	Ja	Nein
... Erkrankungen der Mutter in der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt?		
... kindlichen Erkrankungen in der Neugeborenenzeit, z. B. Sauerstoffmangel unter/nach der Geburt, Infektionen etc.?		
... geringer Flüssigkeitszufuhr bzw. hohem Fieber, Erbrechen, Durchfall?		
... Gefäßkatheter (ZVK, Broviac-Katheter., Port-Katheter ,etc.)?		
... Operationen?		

**Fragen zur übrigen Vorgeschichte Ihres Kindes:**

Vorgeschichte des Kindes	Ja	Nein
Gab es Probleme in der Schwangerschaft, wenn ja, welche?		
Geburtsweg (bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> mit Zange/Saugglocke <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt		
Schwangerschaftswoche der Entbindung? _____. Woche		
Geburtsgewicht: _____ g, Geburtsgröße: _____ cm		
Gab es Probleme in der Neugeborenenzeit, wenn ja, welche?		
Befand sich Ihr Kind schon mal in stationärer Krankenhausbehandlung?		
Wenn ja, wo, wann und warum?		
Leidet Ihr Kind unter anderen, noch nicht genannten Erkrankungen?		
Wenn ja, welche?		
Bestehen Arzneimittelunverträglichkeiten? Sonstige Allergien?		
Wenn ja, welche?		

**Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Welche?**

Medikamente Ihres Kindes

**Fragen an die Eltern:**

<b>Eltern</b>	Vater		Mutter		
	Ja	Nein	Ja	Nein	
Hatten Sie vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?					
Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?					
Kam es während oder nach einer Operation zu längerem oder verstärktem Nachbluten?					
Wenn ja, bei welcher OP und wann?					
Kam es nach dem Ziehen von Zähnen zu längeren oder verstärkten Blutungen?					
Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnittwunden (z. B. beim Rasieren) verstärkt nachblutet?					
Gibt oder gab es in der Familie Fälle von vermehrten Blutungen/verstärkter Blutungsneigung?					
Haben Sie schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte bekommen?					
Kam es bei Ihnen zu Thrombosen oder Lungenembolien?					
Kam es bei Ihnen zu Herzinfarkten oder Schlaganfällen?					
Ist eine Gerinnungsstörung schon bekannt?					
Wenn ja, welche?					
<b>Fragen nur für die Mutter</b>				Mutter	
				Ja	Nein
Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert ( > 5 Tage ) oder verstärkt ist?					
Kam es bei der Geburt Ihres Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?					

**Sind Gerinnungsstörungen bei weiteren Blutsverwandten des Kindes bekannt?**

<b>Weitere Blutsverwandte</b>	Ja	Nein
Großeltern? Wenn ja, welche Erkrankung:		
Geschwister? Wenn ja, welche Erkrankung:		
Tanten? Onkel? Weitere? Wenn ja, welche Erkrankung:		

*Das Team des **gzrr** bedankt sich für Ihre Mühe und Mithilfe!*