

Präoperativer Gerinnungsfragebogen (Kind)



DR. STEFAN KREHER
FACHARZT FÜR ANÄSTHESIE

Name und Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Station:

Geplanter Eingriff mit voraussichtlichem OP-Datum:

ELTERN: BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN,
UNTERSTREICHEN, BZW. ERGÄNZEN:

ARZT: ZUSATZFRAGEN & NOTIZEN DES ARZTES:

Ist bei Ihrem Kind jemals eine Blutgerinnungsstörung
oder Thrombose festgestellt worden?

JA NEIN

» Diagnose:

Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende
Blutungsarten - auch ohne erkennbaren Grund?

Nasenbluten (ohne andere Ursachen wie Schnupfen,
trockene Luft, starkes Nasenputzen etc.)

JA NEIN

» immer schon
» nur saisonal
» bei Medikamenteneinnahme

Blaue Flecken oder punktförmige Blutungen (auch
am Körperstamm auch ohne sich anzustoßen)

JA NEIN

» ist Ihr Kind sehr lebhaft?
» ohne jeglichen Zusammenhang
» immer schon

Gelenksblutungen, Blutungen in Weichteile oder
Muskel

JA NEIN

Beobachten Sie bei Schnittwunden Schürfwunden
ein längeres Nachbluten?

JA NEIN

» über 5 Minuten
» bei welchen Verletzungen
» bei Medikamenteneinnahme

Gab es in Ihrer Vorgeschichte längeres verstärktes
Nachbluten beim Zahnziehen?

JA NEIN

» über 5 Minuten
» war Nachbehandlung nötig
» bei Medikamenteneinnahme

Gab es in der Vorgeschichte eine verstärkte Blutung
während oder nach Operationen, bzw. längeres
Bluten aus der Nabelwunde

JA NEIN

» welche Operation:
» war die Blutung tatsächlich über der Norm:

Gab / gibt es in Ihrer Familie Fälle von Blutungsnei-
gung?

JA NEIN

» Verwandtschaftsgrad:
» Diagnose:

Nimmt oder nahm Ihr Kind in letzter Zeit ein Me-
dikament ein wie z.B. Aspro®, Aspirin®, Voltaren®,
Proxensaft®, etc.?

JA NEIN

» Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme
» Medikament:
» pausiert seit:

Zusatzfrage bei Mädchen in der Pubertät: Sind Ihre
Monatsblutungen Ihrer Tochter verlängert (> 7
Tage) und/oder verstärkt (häufiger Binden/Tampon-
wechsel)?

JA NEIN

» seit Menarche:

GERINNINGSKONSIL NOTWENDIG?

JA NEIN

wenn ja, bitte telefonische Rücksprache durch den behandelnden Arzt unter: +49 (0)77 32 - 9 39 12 53

Datum

Unterschrift der Eltern

Unterschrift Arzt/Ärztin

Telefonnummer für Rückfragen