

# 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