



Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

**Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin**

Ärztliche Direktorin
Prof. Dr. med. Miriam Erlacher
Eythstr. 24
89075 Ulm

Hämostaseologie Ambulanz
Prof. Dr. Holger Cario
Dr. Judit Kappe

Gerinnungsfragebogen

Liebe Patient:innen, liebe Eltern,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, sich auf Ihren Termin in unserer Sprechstunde vorzubereiten. Um den Ablauf zu optimieren und Ihre Versorgung zu beschleunigen, bitten wir Sie:

- Folgenden Fragebogen im Voraus ausfüllen und mitzubringen.
- Aktuelle Vorbefunde (z. B. Laborwerte, Ultraschallberichte oder andere relevante Dokumente) vorlegen.
- Wichtige Voraussetzungen am Tag der Vorstellung:
 - Mindestens 2 Wochen kein Infekt (z. B. Erkältung, Fieber).
 - Keine Einnahme von Ibuprofen oder Aspirin in den letzten 2 Woche. (*Ausnahme: Ärztliche Indikation zur Einnahme von Aspirin u.a. bei kardialer Erkrankung*)

Ihre Unterstützung hilft uns, eine effiziente und qualitativ hochwertige Betreuung zu gewährleisten.

Patient:innen-Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Bitte skizzieren Sie kurz Ihre Fragestellung mit Beginn der Symptomatik:

Achtung: Soll eine Abklärung auf eine Thromboseabklärung erfolgen, muss das Kind zur Blutentnahme nüchtern sein.

Ist eine Verdachtsdiagnose vorhanden, die gesichert bzw. ausgeschlossen werden soll:

Kind/Patient:in:

	Ja	Nein
1. Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?		
2. Treten bei Ihrem Kind vermehrt blaue Flecken oder kleine punktförmige Blutungen auf, auch am Körperstamm oder am Rücken / ungewöhnliche Stellen / ohne anzustoßen?		
3. Hat ihr Kind Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache?		

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

4.	Kam es beim Zahnwechsel oder beim Zahnziehen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?		
5.	Wurde ihr Kind schon einmal operiert? Wenn ja, was? _____		
6.	Kam es während oder nach einer Operation zu verstärktem Nachbluten?		
7.	Hat ihr Kind schon einmal eine Blutkonserve bekommen?		
8.	Hat ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel oder Vitamine eingenommen (z.B. Ibuprofen, Aspirin) Wenn ja, welche und wann? _____		
9.	Bekommt ihr Kind dauerhaft Medikamente (z.B. Valproat, Clexane, Xarelto) / homöopathische Mittel? Wenn ja, welche? _____		
10.	Ist bei ihrem Kind einer Grunderkrankung bekannt (Leber-, Nierenerkrankung, ...)? Wenn ja, welche? _____		

Bei Mädchen nach der ersten Regelblutung:

	Ja	Nein
11. Ist die Dauer der Periodenblutung ohne Einnahme von der Pille länger als 5 - 7 Tagen?		
12. Werden an einem Tag mehr als 7 Einlagen benötigt?		

Beantworten Sie eine der obenstehenden Fragen mit „Ja“ für ein oder mehrere Geschwisterkinder?

Wenn ja, welche? _____

Eltern:

	Mutter		Vater	
	Ja	Nein	Ja	Nein
1. Haben sie vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?				
2. Treten bei Ihnen vermehrt blaue Flecken oder kleine punktförmige Blutungen auf, ohne sich zu stoßen?				
3. Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?				
4. Kam es beim Zahnziehen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?				
5. Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, was? _____				
6. Kam es während oder nach einer Operation zu verstärkten Blutungen?				
7. Haben Sie schon einmal eine Blutkonserve bekommen?				
8. Gibt es in ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung?				
9. Gibt es bei Ihrer Familie Fälle von Thrombosen / Blutgerinnsel?				
10. Kam es während oder nach einer Entbindung zu verstärkten Blutungen?				
11. Ist die Dauer ihre Periodenblutung ohne Einnahme von der Pille länger als 5-7 Tagen?				
12. Benötigen Sie während ihrer Periodenblutung an einem Tag mehr als 7 Einlagen?				