

Liebe Eltern, ihr Kind soll operiert werden. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um die folgenden Fragen zu beantworten:

	JA	NEIN
1. Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Treten bei Ihrem Kind vermehrt blaue Flecke auf, auch am Körperstamm oder am Rücken/ungewöhnliche Stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kam es während oder nach einer Operation zu verstärktem Bluten/ Nachbluten; bzw. nach Geburt zu Nabelblutung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kam es beim Zahnwechsel/ Zahnziehen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat Ihr Kind schon einmal eine Blutkonserve bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Medikamente/ Vitamine eingenommen? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist bei Ihrem Kind eine Grunderkrankung bekannt (Leber-, Nierenerkrankung,...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie weitere Kinder und trifft für diese eine Antwort JA zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mutter:

1. Haben Sie vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Treten bei Ihnen vermehrt blaue Flecke auf, ohne sich zu stoßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurden Sie schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kam es während oder nach einer Operation/ nach einer Entbindung zu verstärktem Bluten/ Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kam es beim Zahnziehen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie schon einmal eine Blutkonserve bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gibt es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist die Dauer Ihrer Periodenblutung ohne Einnahme von der Pille länger als 4-5 Tage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ist die Periodenblutung länger als 2-3 Tage sehr stark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vater:

1. Haben Sie vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Treten bei Ihnen vermehrt blaue Flecke auf, ohne sich zu stoßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurden Sie schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kam es während oder nach einer Operation/ nach einem Unfall/ beim Rasieren zu verstärktem Bluten/ Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kam es beim Zahnziehen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie schon einmal eine Blutkonserve bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gibt es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank, Sie haben uns sehr geholfen. Bitte geben Sie diesen Zettel bei der betreuenden Krankenschwester oder dem zuständigen Arzt ab.