

## Gerinnungsfragebogen

Angaben zu Ihrem Kind:

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

		<b>Kind</b>	<b>Vater</b>	<b>Mutter</b>
	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>		
Haben Sie bei Ihnen oder Ihrem Kind verlängerte Nachblutungen nach Verletzungen beobachtet?				
Sind in der Familie Wundheilungsstörungen bekannt?				
Kam es beim Ziehen von Zähnen bzw. beim Zahnwechsel zu verstärktem oder längerem Nachbluten?				
Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbaren Grund bemerkt?				
Kam es bei Ihnen oder Ihrem Kind zu verstärkter Nachblutung nach Operationen?				
Treten bei Ihnen oder Ihrem Kind ohne Anlass blaue Flecken auf?				
Haben Sie oder Ihr Kind auch ohne erkennbaren Grund vermehrt Nasenbluten?				
Gab es in der Familie Fälle von verstärkter Blutungsneigung? (z.B. Bluter)				
Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel, z.B. ASS, Aspirin oder ähnliches eingenommen?			-----	-----
Wenn ja, welche? _____				
<b>Zusatzfragen für die Mutter</b>				
Ist bei Ihnen die Regelblutung verlängert (mehr als 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Binden-/Tamponwechsel)		-----	-----	
Kam es während oder nach der Geburt eines Kindes zu verstärkten Nachblutungen		-----	-----	

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Mutter

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Vater