

## Fragen zum Ausschluss einer Gerinnungsstörung

Sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

in Übereinstimmung mit den gültigen Leitlinien wird bei dem bevorstehenden Eingriff Ihres Kindes auf die Untersuchung der Blutgerinnungseigenschaften verzichtet. Zahlreiche Studien haben belegt, dass für einige Klassen von Eingriffen die Aussagekraft der Labortests keinen Zugewinn an Sicherheit gegenüber einer gründlichen Befragung auf Hinweise von Gerinnungsstörungen bietet. Im Gegenteil, in einigen Fällen kam es trotz regulärer Laborergebnisse zu Blutungsereignissen, die bei einer gründlichen Befragung vermeidbar gewesen wären.

Deshalb bitten wir Sie höflich, die nachfolgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Erst wenn jeder Hinweis auf eine Gerinnungsstörung bei Ihrem Kind oder den direkten Angehörigen ausgeschlossen ist, führen wir den Eingriff durch.

Bitte zögern Sie nicht, uns bei Fragen anzusprechen. Wir sind Ihnen gern behilflich!

Daniela Doering  
Senior Surgical Operation Manager

Gero Strauss, Prof. Dr.  
Leiter Medizinischer Betrieb

Name des Patienten

Geboren am

Geplanter Eingriff

Narkoseform

Lokalanästhesie

Allgemeinanästhesie

Nachbetreuung in der Klinik  
(geplant)

tagesklinisch

> 12 Stunden (stationär)

Dieser Fragebogen ist Zugangsvoraussetzung für eine Operation in der ACQUA Klinik. Jede Abweichung muss mit dem HNO-Arzt und / oder SRG abgestimmt und dokumentiert sein.

Eigenanamnese des Kindes	Ja	Nein
Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten bei Ihrem Kind vermehrt „blaue Flecke“ auf, auch an Körperstamm oder ungewöhnlichen Stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kam es während oder nach einer Operation zu längerem und verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kam es im Zahnwechsel oder nach dem Ziehen von Zähnen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte übertragen bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel, z. B. Aspirin, ASS oder ähnliches genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen an die Eltern	Vater		Mutter	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Haben Sie vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnittwunden (Rasieren) nachblutet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es in der Vorgeschichte längere oder verstärkte Nachblutungen nach Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es längere oder verstärkte Nachblutungen nach oder während des Ziehens von Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es in der Vorgeschichte Operationen, bei denen Sie Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zusatzfragen an die Mutter</b>				
Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert oder verstärkt ist?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kam es bei oder nach Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name Eltern / Sorgeberechtigter\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigter\*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name Mitarbeiter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter

*\*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht und dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt. Grundsätzlich sollten beide Eltern unterschreiben.*