

Fragebogen Gerinnung

Name:

Geburtsdatum:

Liebe Eltern,

um vor der geplanten Blutentnahme die Beschwerden Ihres Kindes schon besser einordnen zu können bitten wir darum den folgenden Fragebogen auszufüllen. Gerne zusammen mit Ihrem Kind. Sie können außerdem gerne eigene Anmerkungen hinzufügen.

Bitte beachten Sie, dass die Blutentnahme nur erfolgen kann, wenn uns **zuvor** der ausgefüllte Fragebogen vorliegt (gerne per WhatsApp oder E-Mail). Ansonsten muss ein neuer Termin vereinbart werden.

- 1. Tritt bei Ihrem Kind regelmäßig Nasenbluten auf?**
- 2. Tritt bei Ihrem Kind regelmäßig Zahnfleischbluten auf?**
- 3. Bekommt Ihr Kind sehr schnell blaue Flecke oder hat oft viele blaue Flecke?**
- 4. Haben Sie den Eindruck, dass Schnitt- oder Schürfwunden bei Ihrem Kind länger nachbluten?**
- 5. Wurde Ihr Kind bereits operiert? Wenn ja, kam es während oder nach der Operation zu auffälligen Blutungen oder Nachblutungen?**

6. Gibt es in der Familie Gerinnungsstörungen?

7. Bei jugendlichen Mädchen: ist die Regelblutung verstärkt (häufiger Binden- oder Tamponwechsel) oder verlängert (> 7 Tage)?

8. Sonstige Bemerkungen oder Fragen

Fragebogen Gerinnung

Name:

Geburtsdatum:

Liebe Eltern,

um vor der geplanten Blutentnahme die Beschwerden Ihres Kindes schon besser einordnen zu können bitten wir darum den folgenden Fragebogen auszufüllen. Gerne zusammen mit Ihrem Kind. Sie können außerdem gerne eigene Anmerkungen hinzufügen.

Bitte beachten Sie, dass die Blutentnahme nur erfolgen kann, wenn uns **zuvor** der ausgefüllte Fragebogen vorliegt (gerne per WhatsApp oder E-Mail). Ansonsten muss ein neuer Termin vereinbart werden.

- 1. Tritt bei Ihrem Kind regelmäßig Nasenbluten auf?**

- 2. Tritt bei Ihrem Kind regelmäßig Zahnfleischbluten auf?**

- 3. Bekommt Ihr Kind sehr schnell blaue Flecke oder hat oft viele blaue Flecke?**

- 4. Haben Sie den Eindruck, dass Schnitt- oder Schürfwunden bei Ihrem Kind länger nachbluten?**

- 5. Wurde Ihr Kind bereits operiert? Wenn ja, kam es während oder nach der Operation zu auffälligen Blutungen oder Nachblutungen?**

6. Gibt es in der Familie Gerinnungsstörungen?

7. Bei jugendlichen Mädchen: ist die Regelblutung verstärkt (häufiger Binden- oder Tamponwechsel) oder verlängert (> 7 Tage)?

8. Sonstige Bemerkungen oder Fragen

Fragebogen Gerinnung

Name:

Geburtsdatum:

Liebe Eltern,

um vor der geplanten Blutentnahme die Beschwerden Ihres Kindes schon besser einordnen zu können bitten wir darum den folgenden Fragebogen auszufüllen. Gerne zusammen mit Ihrem Kind. Sie können außerdem gerne eigene Anmerkungen hinzufügen.

Bitte beachten Sie, dass die Blutentnahme nur erfolgen kann, wenn uns **zuvor** der ausgefüllte Fragebogen vorliegt (gerne per WhatsApp oder E-Mail). Ansonsten muss ein neuer Termin vereinbart werden.

- 1. Tritt bei Ihrem Kind regelmäßig Nasenbluten auf?**
- 2. Tritt bei Ihrem Kind regelmäßig Zahnfleischbluten auf?**
- 3. Bekommt Ihr Kind sehr schnell blaue Flecke oder hat oft viele blaue Flecke?**
- 4. Haben Sie den Eindruck, dass Schnitt- oder Schürfwunden bei Ihrem Kind länger nachbluten?**
- 5. Wurde Ihr Kind bereits operiert? Wenn ja, kam es während oder nach der Operation zu auffälligen Blutungen oder Nachblutungen?**

6. Gibt es in der Familie Gerinnungsstörungen?

7. Bei jugendlichen Mädchen: ist die Regelblutung verstärkt (häufiger Binden- oder Tamponwechsel) oder verlängert (> 7 Tage)?

8. Sonstige Bemerkungen oder Fragen