

FOKUS: Modul – Gerinnungsdiagnostik
UKKJ-FM

gültig ab: 01.05.2021

Version: 03

Seite 1 von 3

Modul: Gerinnungsdiagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

 Geschlecht: männlich weiblich divers

Adresse: _____

Datum: _____

Patientenetikett

1. Blutungsanamnese erheben

Anamnese des Kindes	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, am Rumpf oder sonstigen ungewöhnlichen Stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Hat Ihr Kind Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. ↳ Wenn ja, kam es während oder nach einer Operation zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Kam es beim Zahnwechsel oder nach dem Ziehen von Zähnen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte übertragen bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel, wie zum Beispiel Aspirin, ASS oder Ähnliches genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anamnese der Familie für Vater und Mutter getrennt	Vater		Mutter	
	ja	nein	ja	nein
1. Haben Sie vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bluten bei Ihnen Schnittwunden, wie zum Beispiel vom Rasieren, lange nach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurden Sie schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ↳ Wenn ja, gab es längere oder verstärkte Nachblutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gab es Operationen, bei denen Sie Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kam es zu längeren oder verstärkten Nachblutungen nach oder während des Ziehens von Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gibt oder gab es in Ihrer Familie Fälle von verstärkter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

