



PRIVATÄRZTLICHE
PRAXIS FÜR KINDER
UND JUGENDLICHE

DR. MED NADINE SCHEFF

Fragebogen vor geplanten operativen Eingriffen bei Kindern

Name:

Geburtsdatum:

Datum:

Anamnese/Kind:

- | | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Hat Ihr Kind häufig Nasenbluten? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> Ja |
| 2. | Hat Ihr Kind vermehrt blaue Flecken an ungewöhnlichen Stellen (nicht Schienbeine)? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> Ja |
| 3. | Hat Ihr Kind manchmal Zahnfleischbluten? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> Ja |
| 4. | Hat schon eine Operation stattgefunden? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> Ja |
| 5. | Wenn ja, gab es Blutungskomplikationen? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> Ja |

Anamnese/Familie

- | | Vater | Mutter |
|----|-----------------------|-----------------------|
| 1. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



PRIVATÄRZTLICHE
PRAXIS FÜR KINDER
UND JUGENDLICHE

DR. MED NADINE SCHEFF

Anamnese/Mutter

1. Ist die Regelblutung extrem stark?
2. Gab es nach der Geburt eines Kindes zu sehr starken Blutungen?

nein Ja
 nein Ja

Vielen Dank für Ihre Angaben!