

**Dr. med. Götz Hettler**  
Facharzt für HNO-Heilkunde

**Dr. med. Frank Höfken**  
Facharzt für HNO-Heilkunde  
Ambulante Operationen  
Audiologe u. Neurootologe (HNO-BV)  
Qualitätssiegel Allergologie (HNO-BV)  
Schlafmedizinische Diagnostik  
Akupunktur - Chirotherapie

**Dr. med. Nana Furtmann**  
Fachärztin für HNO-Heilkunde  
Audiologe u. Neurootologe (HNO-BV)  
Homöopathie

An der Ringkirche 4  
65197 Wiesbaden  
Fon 0611-44 34 24  
Fax 0611-44 64 64  
info@hno-ringkirche.de

HNO-Gemeinschaftspraxis . An der Ringkirche 4 . 65197 Wiesbaden

Liebe Eltern,

bei Ihrem Kind ist eine Operation vorgesehen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, die dem Ausschluss einer Blutgerinnungsstörung dienen, sorgfältig. Die Fragen im oberen Abschnitt beziehen sich auf Ihr Kind, die im unteren Abschnitt auf beide Elternteile.

Personalien:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Ihr Kind betreffende Fragen:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Treten bei Ihrem Kind vermehrt blaue Flecke auf, auch am Körperstamm oder ungewöhnlichen Stellen?   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?                                   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Kam es während oder nach einer Operation zu längerem oder verstärktem Nachbluten?                   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Kam es im Zahnwechsel oder nach dem Ziehen von Zähnen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte übertragen bekommen?                      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel, zum Beispiel Aspirin, ASS oder ähnliches genommen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Sie (beide (!) Elternteile) betreffende Fragen:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund?   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund festgestellt?                            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnittwunden (Rasieren) nachblutet?                               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gab es in der Vorgeschichte längere oder verstärkte Nachblutungen nach Operationen?                    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gab es längere oder verstärkte Nachblutungen nach oder während des Ziehens von Zähnen?                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gab es in der Vorgeschichte Operationen, bei denen Sie Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten haben? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gibt es oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung?                             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Zusatzfragen an die Mutter

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert/verstärkt ist? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Kam es bei/nach Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten

Quelle: Eberl W et al. (2005) Präoperatives Screening auf Gerinnungsstörungen vor Adenotomie und Tonsillektomie. Klein Pädiatr; 217: 20 - 24

Kooperationspartner:  
Asklepios Paulinen Klinik  
Geisenheimer Str. 10  
65197 Wiesbaden