

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum		



Ambulantes Operationszentrum Mobiler Anästhesiedienst

Allee 38
74072 Heilbronn
Tel.: 07131/7868500
Fax 07131/786858
Email: info@tagesklinik-heilbronn.de
Web: www.tagesklinik-heilbronn.de

Gerinnungsfragebogen

DIAGNOSE: _____

	NEIN	JA		
		Kind	Vater	Mutter
Hat Ihr Kind oder haben Sie auch ohne erkennbaren Grund vermehrt Nasenbluten				
Treten bei Ihnen oder Ihrem Kind ohne Anlass blaue Flecken auf?				
Hat Ihr Kind an ungewöhnlichen Stellen blaue Flecken?				
Haben Sie ohne erkennbaren Grund Zahnfleischbluten bemerkt?				
Habe Sie bei Ihnen oder Ihrem Kind verlängerte Nachblutungen nach Schnittverletzungen beobachtet?				
Gab oder gibt es Angehörige mit verstärkter Blutungsneigung? (z.B. Bluter)				
Kam es beim Ziehen von Zähnen bzw. beim Zahnwechsel zu verstärktem oder längerem Nachbluten?				
Kam es nach Operationen bei Ihnen oder Ihrem Kind zu verstärkter Nachblutung?				
Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel (Aspirin, ASS oder ähnliches) eingenommen?				
Wenn ja, welche? _____				

Zusatzfragen für die Mutter	NEIN	JA
Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert (mehr als 7 Tage) oder verstärkt ist (häufiger Binden-/Tamponwechsel)		
Kam es zu verstärkten Nachblutungen im Rahmen der Geburt Ihrer Kinder		

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Vater

.....
Unterschrift Mutter