

HNO-Gemeinschaftspraxis

Dr.med. Götz Hettler

Dr.med. Frank Höfken

Ambulante Operationen

Akupunktur - Chirotherapie

Dr.med. Nana Furtmann

Homöopathie



An der Ringkirche 4
65197 Wiesbaden

Telefon: 0611 / 44 34 24

Telefax: 0611 / 44 64 64

Internet: www.hno-ringkirche.de

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

Sie (beide (!) Elternteile) betreffende Fragen:

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

Zusatzfragen an die Mutter:

- Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert/verstärkt ist? ja nein
- Kam es bei/nach Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen? ja nein

Datum

Unterschrift der Eltern