



MLD

Medizinische Laboratorien Düsseldorf

Nordstraße 44
40477 Düsseldorf
Telefon 0211 / 49 78 - 0
Telefax 0211 / 49 78 - 333
www.labor-duesseldorf.de

Anamnesebogen für Kinder

Datum der Vorstellung:

Patientendaten

Name/Vorname:

Straße:

Ort:

E-Mail:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Rechnungsadresse (bei Privat-Versicherten und Versicherungsnehmer): Falls abweichend:

Überweisender Arzt (Name, Adresse, Ort):

Hausarzt (falls eine Befundübermittlung erwünscht ist) (Name, Adresse, Ort):

Eigenanamnese

Gewicht:	Größe:	BMI:
Beruf:		

Wird vom Arzt ausgefüllt

Grund der Vorstellung:
Überweisungsgrund:
Diagnosen:
Anamnese:

Welche Medikamente nimmt ihr Kind ein?

1. Hat ihr Kind in den letzten 10 Tagen Schmerz- od. Rheumamedikamente eingenommen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welches? Wie oft pro Monat?

2. Nimmt ihr Kind regelmäßig andere Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, nennen Sie bitte die Medikamente und Dosierung:

Medikament	Dosierung

Aktuelle und frühere Erkrankungen

3. Hat ihr Kind aktuell eine fieberhafte Erkältung oder Bronchitis? ☐ ja ☐ nein

4. Hat ihr Kind aktuell eine Infektion? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?

5. Sind Erkrankungen bei ihrem Kind bekannt? ☐ ja ☐ nein

6. Wenn ja welche?
Diabetes (Zuckerkrankheit) ☐ ja ☐ nein

7. Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis)? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?

8. Nierenerkrankungen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?

9. Herzerkrankungen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?

10. Autoimmunerkrankungen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?

- Wird oder wurde ihr Kind deswegen behandelt? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wie wird ihr Kind behandelt?

11. Welche anderen Erkrankungen, die hier nicht genannt sind, hat oder hatte ihr Kind?

.....

Blutungsneigung

12. Blutet ihr Kind häufiger?
 Wenn ja, an welcher Stelle? Wie oft? ☐ ja ☐ nein

.....

.....

13. Bluten bei ihrem Kind Schnitt- oder Schürfwunden besonders lang nach? ☐ ja ☐ nein

14. Hat ihr Kind eine Wundheilungsstörung? ☐ ja ☐ nein

15. Hat ihr Kind verstärktes Zahnfleischbluten?
 Wenn ja, bei welcher Gelegenheit? ☐ ja ☐ nein

☐ beim Zähneputzen ☐ bei zahnärztlichen Behandlungen ☐ ohne erkennbaren Grund

16. Bekommt ihr Kind leicht blaue Flecken, auch ohne dass es sich anstößt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, an welcher Stelle? Wie oft ungefähr? Seit wann? (Monat/Jahr)

☐ an den Armen /

☐ an den Beinen /

☐ am Rumpf /

17. Hat ihr Kind häufig Nasenbluten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja,

Wie oft hat ihr Kind Nasenbluten? seit wann?/.....

☐ einige Male im Jahr ☐ mehrmals im Monat ☐ mehrmals die Woche

Auf welcher Seite?

☐ rechtes Nasenloch ☐ linkes Nasenloch ☐ beide Seiten

Hatte ihr Kind Nasenbluten auch ohne erkennbaren Grund?

War ihr Kind schon bei einem HNO-Arzt wg. des Nasenblutens?

Wenn ja, was hat der Arzt festgestellt?

18. Hatte ihr Kind schon einmal Blut im Urin oder Stuhl? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was war die Ursache?

19. Hatte ihr Kind schon einmal eine Blutung im Magen/ Darm? ☐ ja ☐ nein

20. Wurde bei ihrem Kind schon einmal eine Störung der Blutgerinnung festgestellt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Störung wurde festgestellt?

21. Wurde die Blutungsneigung ihres Kindes schlimmer, nachdem Sie ein Medikament eingenommen haben? (z.B. ein Schmerzmittel) ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welches Medikament?

22. Hatte ihr Kind schon Operationen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte für jede Operation folgende Fragen zu Nachblutungen/Transfusionsbedarf:

Operation	sofortiges starkes Nachbluten	Späteres besonders starkes Nachbluten	Transfusionsbedarf	Zeitpunkt der Operation Monat/Jahr
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	/.....
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	/.....
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	/.....
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	/.....
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	/.....

23. Ist demnächst eine Operation geplant? Wenn ja, welche Operation? Und wann? ☐ ja ☐ nein

.....

Thrombosen und Embolien

	1. Thrombose	2. Thrombose	3. Thrombose
24.	Zeitpunkt der Thrombose/n (Monat/Jahr)/.....		
25.	Welche Thrombose war dies und welcher Körperteil war dabei betroffen? Bitte ankreuzen		
	☐ oberflächliche Thrombose (Phlebitis) ☐ Muskelvenenthrombose ☐ tiefe Venenthrombose ☐ Bauchgefäß-Verschluss ☐ Lungenembolie ☐ weiß nicht	☐ oberflächliche Thrombose (Phlebitis) ☐ Muskelvenenthrombose ☐ tiefe Venenthrombose ☐ Bauchgefäß-Verschluss ☐ Lungenembolie ☐ weiß nicht	☐ oberflächliche Thrombose (Phlebitis) ☐ Muskelvenenthrombose ☐ tiefe Venenthrombose ☐ Bauchgefäß-Verschluss ☐ Lungenembolie ☐ weiß nicht
	☐ Unterschenkel ☐ Oberschenkel ☐ Beckenvene ☐ Armvene ☐ Schlüsselbeinvene ☐ Sinusvene ☐ andere	☐ Unterschenkel ☐ Oberschenkel ☐ Beckenvene ☐ Armvene ☐ Schlüsselbeinvene ☐ Sinusvene ☐ andere	☐ Unterschenkel ☐ Oberschenkel ☐ Beckenvene ☐ Armvene ☐ Schlüsselbeinvene ☐ Sinusvene ☐ andere
	☐ linke Seite ☐ rechte Seite	☐ linke Seite ☐ rechte Seite	☐ linke Seite ☐ rechte Seite
26.	Mit welcher Untersuchung wurde/n die Thrombose bzw. Lungenembolie festgestellt?		
	☐ Ultraschall ☐ Szintigraphie ☐ Computertomographie	☐ Ultraschall ☐ Szintigraphie ☐ Computertomographie	☐ Ultraschall ☐ Szintigraphie ☐ Computertomographie
27.	Hat ihr Kind in der Zeit vor der Thrombose eine Reise gemacht, bei der es länger als 4 Std. sitzen mussten?		
	☐ ja (Flugzeug/ Auto) ☐ nein	☐ ja (Flugzeug/ Auto) ☐ nein	☐ ja (Flugzeug/ Auto) ☐ nein
28.	Musste ihr Kind in der Zeit vor der Thrombose längere Zeit liegen?		
	☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Operation ☐ Gips (am Bein oder Fuß) ☐ Verletzung: anderer Grund:	☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Operation ☐ Gips (am Bein oder Fuß) ☐ Verletzung: anderer Grund:	☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Operation ☐ Gips (am Bein oder Fuß) ☐ Verletzung: anderer Grund:
	Dauer:	Dauer:	Dauer:
29.	Hatte ihr Kind in den Wochen vor der Thrombose eine Infektion oder Fieber?		
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
30.	Hatte ihr Kind vor der Thrombose eine ungewohnte körperliche Belastung oder Überanstrengung, wenn ja, welche?		

Familienanamnese

31. Wie viele Geschwister (auch Halbgeschwister) hat ihr Kind? Geschwister

Geburtsjahr der Geschwister:

1. Geschw: 2. Geschw: 3. Geschw: 4. Geschw:

32. Hatte jemand in der engeren Familie ihres Kindes schon einmal eine Thrombose oder Blutungsneigung? (engere Familie = Sohn, Tochter, Bruder, Schwester, Vater, Mutter, Großvater, Großmutter)

Wenn ja, schreiben Sie bitte in die Tabelle:

- a) Welches Familienmitglied? (wenn Großeltern, geben Sie bitte auch an, ob Väterlicherseits (V) oder Mütterlicherseits (M))
- b) Wie alt war das Familienmitglied, als es die Thrombose / Blutungsneigung bekam?
- c) Hat er / sie ein Medikament gegen die Thrombose eingenommen, z.B. Marcumar?

Familienmitglied	hatte im Alter von	Thrombose	Blutungsneigung nahm Marcumar o.ä.	
	Jahren	☐	☐	☐
	Jahren	☐	☐	☐
	Jahren	☐	☐	☐

33. Hatten andere Verwandte bereits eine Thrombose oder Blutungsneigung?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, vervollständigen Sie folgende Tabelle:

Verwandte / r	Blutungsneigung	Thrombose
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

Bitte bestätigen Sie mit ihrer Unterschrift, dass Sie alle Angaben nach bestem Wissen gemacht haben.

Datum, Unterschrift X

Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen und Datenschutz

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für die Durchführung der genetischen Untersuchung.
Ich bin damit einverstanden, dass....

- das erforderliche Untersuchungsmaterial entnommen wird.
- die Proben für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für die weiterführende genetische Analysen zur Diagnosefindung verwendet und aufbewahrt wird.
- das Probenmaterial evtl. an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet wird.
- das Untersuchungsmaterial für die Qualitätssicherung aufbewahrt und verwendet werden kann.
- ich und der behandelnde Arzt (sowie mitbehandelnde Arzt/Ärzte/Vertretungsärzte) über das Ergebnis informiert werden.

Jeder Punkt dieser Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden, mit der Folge, dass die Untersuchung ggf. abgebrochen wird.

Ich wurde beraten und aufgeklärt und bin mit der Probenentnahme und der angeforderten Analyse einverstanden.

.....	X	
Ort/Datum	Unterschrift des Patienten/ges. Vertreters	Unterschrift verantw. Arzt