

## Anamnese zur Thrombose- und Blutungsneigung Kinder / Jugendliche

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße / PLZ / Ort \_\_\_\_\_ ☎ / mobil \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Größe (cm)	Gewicht (kg)	Allergie(n)	Blutgruppe	Nikotin
------------	--------------	-------------	------------	---------

**Hat Ihr Kind eine Grunderkrankung?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hatte Ihr Kind schon einmal eine Venenthrombose, eine Embolie oder einen Schlaganfall?**

ja (bitte in der Tabelle angeben)  nein

Datum	Lokalisation -Bein, Lunge, Arm, Darm, Gehirn-	Auslösende Situation z.B. während oder kurz nach einer Operation, Ruhigstellung nach Knochenbruch, Herzfehler, Venenkatheter oder KEIN Auslöser

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig oder gelegentlich Medikamente ein?**

ja (bitte in der Tabelle angeben)  nein

Präparat	Dosis

**Hat Ihr Kind in den letzten 7 Tagen eines der unten aufgeführten Medikamente eingenommen?  
Falls ja, bitte unterstreichen.**

Acetylsalicylsäure z.B. Alka-Seltzer®, Aspirin®, Godamed®, Herz-ASS®, Togonal®, Spalt®, ASS®, Aspro Classic® oder Thrombo-ASS®.

Diclofenac (Voltaren®), Ibuprofen (Dolgit®, Ibuflam®, Ibutop®, Neuralgin extra® oder Nurofen®), Vitamine / Nahrungsergänzungsmittel.

**Fragen zur Blutungsneigung**

	Ja	Nein
Hat Ihr Kind oft Nasenbluten ohne Auslöser?		
Hat Ihr Kind häufig blaue Flecken ohne Stoß und an ungewöhnlichen Stellen?		
Hat Ihr Kind oft Zahnfleischbluten ohne Auslöser?		
Kam es beim Zahnwechsel oder nach dem Ziehen von Zähnen zu auffallend langen oder starken Blutungen?		
Hatte Ihr Kind bereits operative Eingriffe? Wenn ja, welche? _____		
Traten auffallend lange oder starke Blutungen beim oder nach dem operativen Eingriff auf?		
Hat Ihr Kind Fremdblut oder andere Blutprodukte benötigt?		
<b>Beim Mädchen</b>		
Ist die Regelblutung ungewöhnlich stark ausgeprägt?		
Hält die Regelblutung länger als 7 Tage an?		
<b>Fragen an die Mutter</b>		
Ist Ihre Regelblutung verlängert und/oder ungewöhnlich stark ausgeprägt?		
Hatten Sie bei oder nach einer Entbindung stark ausgeprägte Blutungen?		

## Fragen zu Ihrer Familie

Sind bei Ihren Verwandten Gefäßverschlüsse der Venen und/oder Arterien aufgetreten?

Liegt bei einem Ihrer Verwandten eine Blutungsneigung vor?

ja (bitte in der Tabelle angeben)  nein

<b>z.B. bei Mutter, Vater, Bruder, Schwester, Sohn, Tochter</b>	<b>Art des Ereignisses z.B. Blutung, Schlaganfall, Thrombose, Embolie oder Herzinfarkt</b>	<b>In welchem Alter trat das Ereignis auf?</b>

## Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Die Hinweise zur Datenschutz-Grundverordnung finden Sie bitte auf der Rückseite. Bitte unterschreiben Sie die Einverständniserklärung.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten können Sie in der EU-Datenschutz-Grundverordnung DSGVO Art. 7-21 nachlesen (in Kraft getreten am 25. Mai 2018).

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

## Hinweise zur Datenschutz-Grundverordnung

**Verantwortlich für die Datenverarbeitung** ist Frau Dr. med. Gudrun Balling.

**Art und Umfang** der erhobenen / gespeicherten Daten, **Zweck** deren Verwendung:

- Vorname, Nachname, Geburtsdatum
- Anschrift, Telefonnummer (Festnetz und/oder Mobil), E-Mailadresse
- Gesundheitsdaten – Anamnese, Diagnosen, Klinische Befunde, Laborbefunde
- Krankenversicherungsdaten zu Abrechnungszwecken

### Datenverarbeitung

Verarbeitet werden von uns die o.g. personenbezogenen Daten, die Gesundheitsdaten und die uns zur Verfügung stehenden von mitbehandelnden Ärzten erhobenen Daten (z.B. Arztbriefe, Laborbefunde oder radiologische Befunde). Die Datenerhebung ist für eine gezielte Labordiagnostik und den daraus resultierenden Therapieempfehlungen notwendig. So ist es uns möglich, Ihr Kind sorgfältig zu betreuen.

### Datenspeicherung

Entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen sind wir verpflichtet, Ihre von uns erhobenen Daten nach 10 Jahren zu vernichten. Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie uns eine Datenspeicherung über diesen Zeitraum hinaus.

### Datenweitergabe an Dritte

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten in Absprache mit Ihnen und mit Ihrer schriftlichen Einwilligung an Dritte. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass eine Datenweitergabe auch per E-Mail stattfinden darf.

### Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

## Einverständniserklärung nach Datenschutz-Grundverordnung

Ich, \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_ habe die Datenschutzbestimmungen zur Kenntnis genommen und bin mit der Nutzung meiner personenbezogenen Daten und denen meines Kindes einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) oder gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift verantwortliche ärztliche Person