

Bitte lesen Sie die Ihnen ausgehändigten **drei Blätter** sorgfältig durch, damit Sie ebenso wie wir den geplanten ambulanten Eingriff **vorbereiten können**.

1. Unsere Information zur ambulanten Anästhesie
- ➔ 2. Diesen **Fragebogen** zur Vorbereitung auf eine ambulante Anästhesie **für Kinder**
3. Einverständniserklärung

## Anästhesie Patienten-Fragebogen für **K I N D E R**

bitte sorgfältig ausfüllen und am Operationstag bereithalten

Vorgesehene Operation : .....

Operateur: ..... OP-Termin: .....

Vorgesehenes Anästhesieverfahren:  Allgemeinanästhesie (Narkose)  
 .....

Unsere Fragen zur Klärung des Gesundheitszustandes Ihres Kindes :

Mit diesen Fragen wollen wir mögliche Risiken erfassen und damit ein Höchstmaß für die Sicherheit Ihres Kindes erreichen. Es sind deswegen so viele Fragen, weil wir auch seltene und verhältnismäßig geringfügige Risiken (z.B. Zahnschäden bei Intubation oder Venenreizung, Stimmstörungen, Übelkeit, Erbrechen) vorbeugen wollen. Bitte weisen Sie auch in der Spalte „Sonstige Besonderheiten“ auf Umstände hin, die Ihnen wesentlich erscheinen. Wenn Sie Hilfe bei der Beantwortung der Fragen brauchen, sagen Sie es uns. Wir beantworten gerne Ihre Fragen.

Alter : ..... Jahre      Körpergröße : ..... cm      Gewicht : ..... kg

<b>Ja / Nein</b>
------------------

- | 1. Befand sich das Kind in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung ?  | ..... / ..... |               |             |          |               |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
|---|---------------|---------------|-------------|----------|---------------|-----------|------------|----------|---------------|--------|----------|---------------|------------|----------|---------------|-------------|----------|---------------|-----------|----------|---------------|-------|----------|---------------|--|
| Wegen welcher Erkrankung ? .....  |               |               |             |          |               |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| 2. Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein ?  | ..... / ..... |               |             |          |               |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| Welche? .....   |               |               |             |          |               |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| 3. Wurde das Kind zu früh geboren ?   | ..... / ..... |               |             |          |               |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| War die Geburt des Kindes normal verlaufen ?  | ..... / ..... |               |             |          |               |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| 4. Hat das Kind bereits folgende Krankheiten gehabt ?   |               |               |             |          |               |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Wann ?</th> <th style="text-align: center;">Ja / Nein</th> <th></th> <th style="text-align: center;">Wann ?</th> <th style="text-align: center;">Ja / Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Windpocken</td> <td style="text-align: center;">200.....</td> <td style="text-align: center;">..... / .....</td> <td>Röteln</td> <td style="text-align: center;">200.....</td> <td style="text-align: center;">..... / .....</td> </tr> <tr> <td>Diphtherie</td> <td style="text-align: center;">200.....</td> <td style="text-align: center;">..... / .....</td> <td>Keuchhusten</td> <td style="text-align: center;">200.....</td> <td style="text-align: center;">..... / .....</td> </tr> <tr> <td>Scharlach</td> <td style="text-align: center;">200.....</td> <td style="text-align: center;">..... / .....</td> <td>Mumps</td> <td style="text-align: center;">200.....</td> <td style="text-align: center;">..... / .....</td> </tr> </tbody> </table> |               | Wann ?        | Ja / Nein   |          | Wann ?        | Ja / Nein | Windpocken | 200..... | ..... / ..... | Röteln | 200..... | ..... / ..... | Diphtherie | 200..... | ..... / ..... | Keuchhusten | 200..... | ..... / ..... | Scharlach | 200..... | ..... / ..... | Mumps | 200..... | ..... / ..... |  |
|   | Wann ?        | Ja / Nein     |             | Wann ?   | Ja / Nein     |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| Windpocken  | 200.....      | ..... / ..... | Röteln      | 200..... | ..... / ..... |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| Diphtherie  | 200.....      | ..... / ..... | Keuchhusten | 200..... | ..... / ..... |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| Scharlach   | 200.....      | ..... / ..... | Mumps       | 200..... | ..... / ..... |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| 5. Frühere Operationen / Anästhesien ( z.B. im Jahre 2001 Leistenbruch-OP, o.ä.) :  | ..... / ..... |               |             |          |               |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| im Jahre ..... im Jahre .....   |               |               |             |          |               |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| 6. Ergaben sich bei der Operation / Anästhesie Besonderheiten ?   | ..... / ..... |               |             |          |               |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| Welche ? .....  |               |               |             |          |               |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| Hatten Blutsverwandte Probleme im Zusammenhang mit einer Anästhesie ?   | ..... / ..... |               |             |          |               |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| 7. Sind bei Ihrem Kind Muskelerkrankungen und Muskelschwäche bekannt ?  | ..... / ..... |               |             |          |               |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |
| Bei Blutsverwandten? .....  | ..... / ..... |               |             |          |               |           |            |          |               |        |          |               |            |          |               |             |          |               |           |          |               |       |          |               |  |

➔ bitte die **Rückseite** auch ausfüllen !

8. HERZ und KREISLAUF : Ist Ihr Kind voll leistungsfähig ? ..... / .....  
Wird es bei großer Anstrengung blau ? ..... / .....  
Bekommt Ihr Kind Atemnot bei Anstrengung ? ..... / .....  
Ist ein Herzfehler bekannt ? ..... / .....

9. LUNGE : Leidet das Kind oft an Bronchitis ? ..... / .....  
Hat es dabei Atemnot ? ..... / .....  
Hat das Kind Asthma? ..... / .....  
Hatte oder hat Ihr Kind Tuberkulose ? ..... / .....

10. LEBER / NIEREN / BLUTUNGSNEIGUNG : Hatte das Kind Gelbsucht ? ..... / .....  
Hat es vermehrte Blutungsneigung ? ..... / .....  
Bekommt es sehr leicht blaue Flecken ? ..... / .....  
Hat es häufiger Blasenentzündung ? ..... / .....  
Hat es Harnwegsinfekte mit hohem Fieber gehabt ? ..... / .....

11. GEHIRN / NERVENSYSTEM : Hat das Kind eine Nervenkrankheit ? ..... / .....  
Ist eine Muskelschwäche bekannt? ..... / .....  
Hat das Kind Fieberkrämpfe gehabt ? ..... / .....  
Hat das Kind ein Krampfleiden ? ..... / .....  
Hat das Kind eine Augenerkrankung ? ..... / .....

12. ÜBEREMPFLINDLICHKEIT : Hat das Kind Heuschnupfen ? ..... / .....  
Hat es Ausschläge nach Medikamenteneinnahme ..... / .....  
oder auf andere Substanzen bekommen ? ..... / .....

Auf welche ? .....

13. STOFFWECHSEL: Leidet Ihr Kind an Zuckerkrankheit? ..... / .....  
Hat Ihr Kind eine Hormondrüsenkrankheit ? ..... / .....  
( Schilddrüse , Nebennieren , Geschlechtsdrüsen )

14. ZÄHNE: Hat Ihr Kind ein schadhaftes Gebiss ? ..... / .....  
Aktuell lockere Zähne ? ..... / .....

15. SONSTIGE BESONDERHEITEN : .....

16. Mein / unser Kind war bei vorangegangenen Arztbesuchen / -behandlungen eher  
 offenherzig  zurückhaltend  ängstlich  hysterisch

17. Ich habe folgende Fragen: .....

18. Bei mir / uns zu Hause ist gewährleistet, dass mein / unser Kind am Tag des ambulanten Eingriffes **nicht alleine** ist. Ich bin / wir sind zu Hause auch in der Lage, mich / uns telefonisch mit dem Operateur und dem Narkosearzt in Verbindung zu setzen.

19. Ich bin **am Operationstag telefonisch erreichbar** unter der **Telefon-Nr.:** .....

Ich habe / wir haben nach meiner / unserer Kenntnis die Fragen zum Gesundheitszustand meines / unseres Kindes zutreffend und vollständig beantwortet. Bei alleiniger Unterschrift nur eines Elternteiles / eines Erziehungsberechtigten erkläre ich die Einwilligung **einvernehmlich** mit dem oder der weiteren Erziehungsberechtigten.

Datum ..... Unterschrift Eltern / gesetzl. Vertreter .....

Auf Wunsch erhalten die Eltern des Kindes eine **Fotokopie** dieses Anästhesie-Fragebogens.