

Anästhesie Fragebogen für Kinder

Damit wir die Anästhesie bei Ihrem Kind sicher und ohne Komplikationen durchführen können, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus und senden Sie ihn an uns zurück. Falls Unklarheiten beim Ausfüllen des Fragebogens bestehen, wenden Sie sich bitte an uns.  
Halten Sie sich bitte im Interesse der Sicherheit Ihres Kindes an die Instruktionen der beiliegenden Informationsbroschüre.

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum: ..... Operationsdatum:.....

Körpergrösse: ..... cm Körpergewicht: .....kg

Krankenkassen-Nummer: 80756.....

Operierender Arzt .....

**Würde Ihr Kind schon einmal operiert?**  
Operation Jahr Art der Narkose  nein  ja

- Allgemeinnarkose
- Teilnarkose
- Allgemeinnarkose
- Teilnarkose
- Allgemeinnarkose
- Teilnarkose

**Sind anlässlich einer Anästhesie Probleme aufgetreten?**  
 nein  ja

Welche: .....

**Wird vom Anästhesisten vor der Operation/Anästhesie ausgefüllt**  
Anlässlich des Patientengesprächs wurden folgende Punkte speziell besprochen und das Einverständnis dafür eingeholt:

Zusätzliche Risikofaktoren:

Spezielle Risiken der Anästhesie:

Geplantes Anästhesieverfahren:

Datum: .....

**Unterschrift des Anästhesiearztes:** .....  
Der Patient erklärt sich mit der besprochenen Anästhesieform einverstanden. Er bestätigt, die nötigen Informationen über die Wirkungen und Nebenwirkungen erhalten zu haben. Er verpflichtet sich, die Vorsichtsmassnahmen gemäss Broschüre zu befolgen.

Datum: .....

Unterschrift des Patienten .....

**Bitte senden an:**  
Dr. med. Arthur Bärtsch  
Niederwilerstr. 14  
8753 Mollis

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

**Herz und Kreislauf**

z.B. Herzfehler, Herz-Rhythmusstörungen, Herzgeräusch

nein  ja

wenn ja, welche?

.....

**Atemwege und Lungen:**

Asthma, Bronchitis, Croup oder Pseudocroup, behinderte Nasenatmung,  
grosse Tonsillen

nein  ja

Welche.....

**Magen, Darm, Niere, Leber:**

wenn ja, welche? .....

nein  ja

**Blut:**

Gerinnungsstörung, Zahnfleisch-  
oder Nasenbluten, Blutarmut

nein  ja

wenn ja, welche? .....

**Nervensystem:**

Epilepsie, Lähmung, Gefühlsstörung

nein  ja

wenn ja, welche? .....

**Stoffwechsel:**

Diabetes, Schilddrüse, angeborene Krankheiten

nein  ja

wenn ja, welche? .....

**Sind Allergien bekannt**

Heuschnupfen, Medikamente, Latex,  
Nahrungsmittel, Metalle

nein  ja

wenn ja, welche? .....

Sind in der Familie Erbkrankheiten bekannt?

nein  ja

Welche.....

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zurzeit regelmässig ein?

.....

.....

.....

.....

Bestehen andere aktuelle Probleme oder Krankheiten?

.....

.....

Haben Sie die Instruktionen zur Anästhesievorbereitung  
gelesen und verstanden?

nein  ja

Wünschen Sie in der Woche vor der Operation ein zusätzliches,  
persönliches Gespräch und Aufklärung beim Anästhesiearzt?

nein  ja

**Wichtig:**

Unter welcher Telefonnummer sind Sie am Vorabend der Operation am  
besten erreichbar?

Datum:

Unterschrift