

FRAGEBOGEN FÜR KINDER

Wir bitten Sie, den Bogen ausgefüllt in die Klinik mitzubringen.

Name und Vorname des Kindes

Alter Jahre Monate Gewicht in kg Grösse in cm

Operation Datum

Bitte Zutreffendes ankreuzen

ja nein

Ist oder war Ihr Kind wegen einer anderen Erkrankung in ärztlicher Behandlung? (z.B. Asthma, Epilepsie, Fieberkrämpfe)

Leidet Ihr Kind zur Zeit an einer fieberhaften Erkrankung? Wenn ja, welche Krankheit?
(z.B. Erkältung, Darminfektion, Durchfall)

Muss Ihr Kind regelmässig oder nur zur Zeit Medikamente einnehmen? Wenn ja, welches Medikament?

Bitte bringen Sie Medikamente, die Ihr Kind regelmässig einnimmt, originalverpackt mit in die Klinik.

Hat Ihr Kind schon einmal auf ein Medikament oder auf andere Substanzen allergisch reagiert? Wenn ja, worauf?

Wie hat es darauf reagiert? (z.B. Hautausschlag, Juckreiz, Atemnot, Heuschnupfen)

Ist Ihr Kind zu früh geboren worden? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?

Gab es bei Ihrem Kind nach der Geburt gesundheitliche Probleme? Wenn ja, welche?

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Narkose? Wenn ja, warum?

Wenn ja, war der Verlauf der Narkose und der Operation normal?

Wenn nicht, welche Schwierigkeiten sind aufgetreten? (z.B. Erbrechen, Schmerzen, Fieber)

Sind bei anderen Familienmitgliedern Narkosezwischenfälle vorgekommen? (z.B. verstärkte Blutung, maligne Hyperthermie)

Bitte wenden

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

ja nein

Leidet Ihr Kind an sonstigen, hier nicht aufgeführten Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?
(z.B. Augenleiden, Herz-, Niere-, Leber-, Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des Immunsystems)

Haben Sie einen Wunsch in Verbindung mit der Anästhesie, die Ihrem Kind bevorsteht? Wenn ja, welchen?

Notizen der/s Anästhesisten/in zum Aufklärungsgespräch

Folgende Punkte speziell besprochen und das Einverständnis dafür eingeholt:

Zusätzliche Risikofaktoren:

Besonderes:

Blutungsanamnese:

neg.

pos.

Geplantes Anästhesieverfahren:

Allgemeinanästhesie

Intubation

Larynxmaske

LA & Sedation

Regionalanästhesie

Kaudalblock

Penisblock

Ilioinguinalis Block

Spinalanästhesie

Einwilligung nach dem Aufklärungsgespräch

Ich erkläre mich mit den vorbereitenden und begleitenden Massnahmen der anästhesiologischen Behandlung einverstanden und bin über mögliche medizinisch notwendige Änderungen des Vorgehens und deren Risiken orientiert.

All meine Fragen wurden verständlich beantwortet.

Datum

Eltern oder Sorgeberechtigter

Unterschrift Arzt/Ärztin

