



## ANAMNESEFRAGEBOGEN FÜR KINDER

Liebe Eltern,  
Ihrem Kind steht eine ambulante Operation bevor. Der Anästhesist hat die Aufgabe, das für Ihr Kind am besten geeignete Anästhesieverfahren vorzubereiten, durchzuführen und Ihr Kind in der unmittelbaren Zeit nach der Narkose zu überwachen. Der Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Funktionen (Atmung, Herz, Kreislauf) kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Durch sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen vermitteln Sie ihm ein Bild über den Gesundheitszustand Ihres Kindes und helfen ihm, das Beste für seine Sicherheit zu tun. Im Gespräch mit dem Anästhesisten erfahren Sie, was mit Ihrem Kind während der Narkose geschieht, wie die Narkose eingeleitet, fortgeführt und ausgeleitet wird, wie Ihr Kind überwacht wird und welche Risiken auf es zukommen.  
Fragen Sie den Anästhesisten nach allem, was Sie in Zusammenhang mit der Narkose Ihres Kindes interessiert.

Name: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Alter: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_  
versichert über: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_  
Str./Nr.: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
evtl. Zusatzvers.: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Operierender Arzt: \_\_\_\_\_

### EINWILLIGUNGSFORMULAR FÜR KINDER

Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_ hat heute mit mir anhand meiner Antworten ein Aufklärungsgespräch über das Anästhesieverfahren bei meinem Kind geführt. Ich konnte alle mich interessierenden Fragen, insbesondere nach der Art des Verfahrens und seinen spezifischen Risiken, nach der Vor- und Nachbehandlung sowie etwaigen Nebeneingriffen stellen. Den Inhalt des Patienten-Merkblatts für Kinder habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich habe keine weiteren Fragen.  
 Ich habe noch folgende Fragen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bemerkungen des Arztes zum Aufklärungsgespräch:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern: \_\_\_\_\_

Kam es bei den Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit Narkosen?  
Zu welchen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ja  nein

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?  
Was / Wann? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ja  nein

Gab es dabei Besonderheiten?  
Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ja  nein

Befand sich Ihr Kind in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung?  
Weshalb? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ja  nein

Wurde Ihr Kind in den letzten 30 Tagen geimpft?  
Wogegen? \_\_\_\_\_

ja  nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?  
Welche? Bitte ALLE angeben. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ja  nein

Leidet oder litt Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

1. Muskelerkrankung oder Muskelschwäche?  ja  nein

2. Herzerkrankung (Herzfehler, eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit, Blauwerden bei Anstrengung)?  ja  nein

3. Kreislauferkrankung (zu niedriger Blutdruck)?  ja  nein

4. Lungen- und Atemwegserkrankung (Asthma, häufige Bronchitis, Anfälle von Atemnot)?  ja  nein

5. Nierenerkrankung (Niereninsuffizienz)?  ja  nein

6. Stoffwechselerkrankung (Zuckerkrankheit, Lactoseintoleranz, Erkrankung der Nebenniere)?  ja  nein

7. Nervenleiden (Epilepsie, Fieberkrämpfe)?  ja  nein

8. Bluterkrankung / Blutgerinnungsstörung (verlängerte Blutungszeit, häufige Blutergüsse)?  ja  nein

9. Allergien (Heuschnupfen, Überempfindlichkeiten gegen Medikamente, Pflaster, Nahrungsmittel)?  ja  nein  
Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Häufige Infektionen der oberen Atemwege / Ohren (Mandelentzündung, Mittelohrentzündung)?  ja  nein

Hat Ihr Kind ein schadhaftes Gebiss (lockere Zähne, Zahnprothesen, Regulierungsspangen)?  ja  nein

Leidet Ihr Kind an einer anderen hier nicht aufgeführten Erkrankung oder Behinderung?  
Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ja  nein