



Fragebogen zur Allgemeinanästhesie bei Kindern

Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen:

J = ja N = nein ? = weiß nicht

Name: _____ Alter: _____ Jahre

Vorname: _____ Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Geschlecht: weiblich

männlich

Operateur: _____ Pat.Nr.: _____

- War Ihr Kind eine **Frühgeburt** oder **Mangelgeburt**? J N

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? _____

Mußte Ihr Kind nach der Geburt beatmet werden? J N

Wenn ja, wie lange? _____

- War Ihr Kind im letzten halben Jahr in ärztlicher
Behandlung? J N

Wenn ja, warum? _____

- War Ihr Kind im letzten halben Jahr an
Keuchhusten erkrankt? J N

- Leidet Ihr Kind zur Zeit an einem **Infekt der
oberen Luftwege, Fieber** oder **Durchfall**? J N

Wenn ja, seit wann? _____

- Wurde Ihr Kind in den letzten 14 Tagen **geimpft**?
(Impfpass bitte vorlegen) J N

- Leidet Ihr Kind an einer sonstigen **Infektionskrankheit**? J N
Ja: _____

- Befinden sich am oder im Körper Ihres Kindes **körper-
fremde Gegenstände**? (Prothesen, Stents, Piercings o.ä.) J N

- Hat Ihr Kind in den letzten Tagen oder Wochen
Medikamente eingenommen? J N

Wenn ja, welche? _____

- Wurde Ihr Kind **schon einmal operiert**? J N

_____ Jahr: _____

_____ Jahr: _____

_____ Jahr: _____

Kam es während des Eingriffes oder in der Zeit
danach zu **Beschwerden** oder **Komplikationen**?

(z.B. Nachblutungen) J N

Ja: _____

Kam es bei Blutsverwandten zu Narkoseproblemen? J N

Ja: _____

- Wurden Ihrem Kind früher einmal **Blut** oder
Blutbestandteile **übertragen**? J N

Kam es dabei zu Unverträglichkeitsreaktionen? J N

Ja: _____

- **War** oder **ist** Ihr Kind (an einem der folgenden Organe) erkrankt?
(bitte gegebenenfalls unterstreichen)

Herz / Kreislauf: Leidet Ihr Kind an einer Einschränkung
der körperlichen Leistungsfähigkeit, einem Herzfehler,
an Blauverfärbung der Haut oder Atemnot bei
Anstrengung? J N

Lunge / Atemwege: Leidet Ihr Kind häufiger an
Infekten der Luftwege, an Bronchitis, Asthma,
Lungenentzündung, TBC oder Pseudokrupp? J N
– inhaliert Ihr Kind gelegentlich/häufig/regelmäßig J N

Nervensystem: Leidet Ihr Kind an Epilepsie (Krampf-
leiden), Fieberkrämpfen oder Hyperaktivität? J N

Stoffwechsel: Leidet Ihr Kind an Zuckerkrankheit,
häufigem Erbrechen, Lebensmittelunverträglichkeit? J N

Leber / Nieren: Liegt oder lag bei Ihrem Kind
Dialysepflicht, eine schwere Nierenfunktions-
störung, Gelbsucht, Gelbsucht in der Neugebo-
renenperiode mit/ohne Lichttherapie vor? J N

Augen: Leidet Ihr Kind an erhöhtem Augen-
innendruck, trägt es Kontaktlinsen, schielt es? J N

Ohren: Leidet Ihr Kind an Schwerhörigkeit? J N

Blut: Leidet Ihr Kind an häufigem Nasenbluten,
einer Gerinnungsstörung? Neigt Ihr Kind auch bei
leichter Berührung zu blauen Flecken? J N

Muskeln: Ist bei Ihrem Kind eine Muskelschwäche
oder ein Muskelschwund bekannt? J N
– Gibt es **Hinweise** auf eine solche Erkrankung
bei **Blutsverwandten** des Kindes? J N

- Ist bei Ihrem Kind eine Veranlagung zu **maligner
Hyperthermie** bekannt? (Stoffwechsellentgleisung
unter Narkose mit extremem Temperaturanstieg) J N

- Sind **Medikamenten-Unverträglichkeiten** bekannt?
 - gegen **Paracetamol** (z.B. in Ben-u-ron, PCM, Treupel, Captin, Pardialgon, Enelfa etc.) ? J N
 - gegen **Novaminsulfon** (z.B. in Novalgin) ? J N
 - gegen **lokale Betäubungsmittel** ? J N
- Haben Sie Hinweise auf sonstige Medikamenten-Unverträglichkeiten bei ihrem Kind? J N
- Wenn ja, bei welchen Präparaten? _____

- **Sonstige Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**
 - gegen Pflaster, Jod, Nahrungsmittel oder Obst J N
 - gegen Latex (Luftballons) oder: _____ J N
 - Neurodermitis J N
- Wirkt sich eine dieser Allergien auf die **Atemwege** aus? J N

- Leidet Ihr Kind an **Übelkeit / Erbrechen** z.B. bei Autofahrten? J N

- **Raucht** Ihr Kind? J N

- Nimmt Ihr Kind **Drogen**? J N
- Wenn ja, welche? _____

- Hat Ihr Kind ein kariöses oder schadhaftes **Gebiss**, wackelnde Zähne, trägt es eine Regulierungsspange? J N

Zahnstatus (wird vom Arzt ausgefüllt)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
Re			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			Li
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

e = ersetzt | f = fehlend | z = zerstört | b = Brücke | k = Krone | c = kariös

- Könnte, soweit vom Alter möglich, eine **Schwangerschaft** vorliegen? J N
- Leidet Ihr Kind an **anderen Erkrankungen** oder Behinderungen, die in diesem Fragebogen nicht aufgeführt wurden oder gibt es **sonstige Dinge, die Sie für wichtig halten**, die jedoch bisher nicht angesprochen wurden? J N
- Ja, und zwar: _____

Nach ambulanten Eingriffen in Narkose ist eine kontinuierliche häusliche Betreuung der Patienten in den ersten 12 – 24 Stunden notwendig! Das Kind darf in dieser Zeit nicht unbeaufsichtigt am Straßenverkehr teilnehmen.

- Wer kümmert sich in dieser Zeit um Ihr Kind? _____ Alter: _____
- Ist eine ständige Betreuung gewährleistet? J N
- Steht Ihnen ein Telefon zur Verfügung? J N
- Tel. Nr. mit Vorwahl:** _____ / _____
- Ist von Ihrer Wohnung aus innerhalb von 30 Minuten die Praxis des Hausarztes / Kinderarztes oder ein Krankenhaus erreichbar? J N
- Steht Ihnen ein Auto zur Verfügung oder ist ein Taxi schnell erreichbar? J N

Einwilligung nach dem Aufklärungsgespräch:
 Ein ausführliches Aufklärungsgespräch zur Narkose wurde persönlich am _____ / telefonisch am _____ mit Frau / Herrn Dr. _____ geführt. Dabei wurde mir das vorgesehene Narkoseverfahren erklärt und die Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden wurden besprochen.

Anhand des zuvor ausgefüllten Fragenteils wurden auch die risik erhöhenden Besonderheiten, mögliche Komplikationen und eventuell notwendige Neben- und Folgeeingriffe erläutert. Alle meine Fragen wurden für mich gut verständlich beantwortet.

Die „Patienteninformation für die ambulante Narkose bei Kindern“ habe ich erhalten und gelesen, die Verhaltensregeln werde ich beachten. Die Fragen zur gesundheitlichen Vorgeschichte des Kindes habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ich habe mir alles gründlich überlegt und gebe im Rahmen des vorgesehenen Eingriffs _____

- _____ **meine Einwilligung für**
- eine Allgemeinanästhesie mit: Maske / Larynxmaske / Intubation.
 - eine Regionalanästhesie mit: _____

Mit allen medizinisch notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Narkoseverfahrens bin ich einverstanden. **Mit folgenden Maßnahmen bin ich auf keinen Fall einverstanden:** _____

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN:

Mutter / Sorgeberechtigte: _____

Vater: _____ Datum: _____

Anästhesist/in: _____