

HNO-Praxisklinik Poing

Anamnesebogen zur Anästhesie für Kinder

Anästhesieabteilung
Dr. med. Gabriele Zapf



Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und ausfüllen!

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte!

Der bei Ihrem Kind geplante Eingriff soll in Schmerzausschaltung (*Anästhesie*) durchgeführt werden.

Für die Beurteilung der Narkosefähigkeit und für die Durchführung der Anästhesie benötigt der Narkosearzt die Krankenvorgeschichte (*Anamnese*) Ihres Kindes. Er erhebt diese Anamnese zusammen mit Ihnen und untersucht Ihr Kind, um die Anästhesie planen und etwaigen Komplikationen vorbeugen zu können. Er bespricht dann mit Ihnen das vorgesehene Anästhesieverfahren, seine Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden und seine Komplikationen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und gewissenhaft, es dient Ihrer Sicherheit! Der Anästhesist und das Pflegepersonal helfen Ihnen gern dabei.

Alter des Kindes: _____ Jahre Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

1. Ist die Geburt Ihres Kindes normal verlaufen
Welche Probleme (z.B. Frühgeburt)?

nein ja

2. Wurde Ihr Kind in letzter Zeit ärztlich behandelt?
Wegen welcher Erkrankungen (z.B. Masern, Scharlach)?

nein ja

Ist Ihr Kind zur Zeit erkältet?

nein ja

Leidet es an einer anderen Infektion?

nein ja

Hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten Keuchhusten?

nein ja

Wurde es in den letzten Wochen geimpft?

nein ja

Wogegen? _____

3. Nimmt oder nahm Ihr Kind in den letzten Wochen Medikamente ein?

nein ja

Welche? Bitte geben Sie alle Mittel an.

4. Frühere Operationen
(z.B. "Blinddarm 1988") nein ja
- a) _____ im Jahre _____
- b) _____ im Jahre _____
- c) _____ im Jahre _____
5. Hat Ihr Kind die Narkose oder örtliche Betäubung dazu gut vertragen? nein ja
Wenn nicht, welche Beschwerden?
Kam es bei Blutsverwandten des Kinds zu Zwischenfällen in Zusammenhang mit einer Anästhesie? nein ja
6. Wurden Ihrem Kind schon einmal Blut / Blutbestandteile übertragen? nein ja
Gab es dabei Komplikationen? nein ja
- 7. Wissen Sie oder gibt es Hinweise dafür, daß Ihr Kind an einem der folgenden Organe erkrankt ist oder war?**
(Zutreffendes unterstreichen bzw. ergänzen)
- Herz, Kreislauf:** Herzfehler, eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit, Atemnot oder Blauwerden bei Anstrengungen nein ja
andere: _____
- Atemwege:** Bronchitis, Asthma bronchiale, Pseudo-Krupp nein ja
andere: _____
- Lunge:** Lungenentzündung, TBC nein ja
andere: _____
- Leber, Nieren:** Gelbsucht, Nierenfunktionsstörung, Dialyse, Häufige Blasen- oder Harnwegsinfektionen nein ja
andere: _____
- Stoffwechsel:** Zuckerkrankheit, gehäuftes Erbrechen, Unverträglichkeit von Obst nein ja
andere: _____
- Augen:** Grüner Star nein ja
andere: _____
- Nerven:** Nervenkrankheiten, Krampfleiden (Epilepsie) nein ja
andere: _____
- Hat Ihr Kind bei Fieber Zuckungen oder Krämpfe gehabt? nein ja
- Blut:** Gerinnungsstörungen, häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen, starke Blutung, z.B. nach Zahnentfernung oder anderen Verletzungen nein ja
andere: _____
- Muskeln:** Muskelschwäche nein ja
andere: _____
- Sind Ihnen Muskelerkrankungen bei Blutsverwandten bekannt? nein ja
- Allergien** (z.B. Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeit** gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, Jod nein ja
Latex, Insektenstiche
andere: _____

8. Hatte Ihr Kind Ohrenerkrankungen? nein ja
Hört Ihr Kind schlecht? nein ja

9. Hat Ihr Kind lockere Zähne oder schadhafte Gebiss? nein ja
Trägt es eine Regulierungsspanne oder eine Zahnprothese? nein ja

10. Raucht Ihr Kind? nein ja
Wenn ja, wieviel täglich? _____

11. Nimmt es Drogen? nein ja

12. Sonstige Besonderheiten (andere nicht erwähnte
Vorerkrankungen, Behinderungen oder Umstände, die Ihnen
wichtig erscheinen:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn der Eingriff ambulant durchgeführt werden soll

1. Wer kümmert sich in den ersten 12-24 Stunden Zuhause um Ihr Kind?

Name, Alter

2. Ist diese Person ständig anwesend? nein ja

3. Haben Sie Telefon? nein ja

4. Wohnen Sie in Poing oder in der näheren Umkreis von Poing? nein ja

5. Steht Ihnen Zuhause ein Auto mit Fahrer zur
Verfügung oder ist ein Taxi schnell erreichbar? nein ja

6. Hausarzt / überweisender Arzt

Name: _____

Straße _____

PLZ/Ort: _____

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet.

Ort, Datum

Mutter
bzw. Sorgeberechtigte

Vater
bzw. Sorgeberechtigter

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt