

ANÄSTHESIE
AUFKLÄRUNG UND FRAGEBOGEN
(Kinder)

Name des Kindes:	_____		
Vorname:	_____		
Geb.-Datum:	_____		
PLZ / Wohnort:	_____		
Straße / Nr.:	_____		
Beruf:	_____		
Telefon:	_____		
Krankenkasse:	_____		
Hausarzt:	_____		
Alter:	_____	Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und Fragen ausfüllen.
Bringen Sie diese Basisinformation zum Gespräch mit dem Narkosearzt wieder mit!
Durch Ihre Mitarbeit helfen Sie uns, das Beste für die Sicherheit Ihres Kindes zu tun!

Bitte beantworten Sie folgende Fragen vollständig und korrekt:
(bitte **vor** dem Aufklärungsgespräch ausfüllen!)

- | | |
|---|--|
| 1. War das Kind in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weswegen? _____
Hat das Kind z.Zt. eine Erkältung oder Fieber? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde Ihr Kind in den letzten 2 Wochen geimpft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wogegen? _____ | Hat das Kind Atemnot oder wird es bei Anstrengung blau? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist ein Herzfehler bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besondere Angaben: _____ |
| 2. Ist die Geburt normal verlaufen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde das Kind zu früh geboren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | 8. Lungen- und Atemwegserkrankungen
Leidet das Kind häufig an Bronchitis? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat das Kind Asthma oder Pseudokrupp? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besondere Angaben: _____ |
| 3. Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche? (Herz-/ Kreislauf-, Blutzucker-, Asthma-, Hustenblutgerinnungshemmende Medikamente, Antibiotika) _____ | 9. Leber, Niere
Hat das Kind eine Gelbsucht nach der Neugeborenenperiode durchgemacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist eine Nierenfunktionsstörung bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besondere Angaben: _____ |
| 4. Wurde es schon einmal operiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann? / Woran? _____ | 10. Blutungsneigung
Hat das Kind eine vermehrte Blutungsneigung? (Häufiges Nasenbluten, auffällig langes Bluten nach Verletzungen, blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Angaben zu Besonderheiten: _____ |
| 5. Gab es dabei Besonderheiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche? _____ | 11. Gehirn und Nervensystem
Leidet das Kind an einer Nervenkrankheit oder einem Krampfleiden (Epilepsie)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist eine Muskelschwäche bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat das Kind bei Fieber Zuckungen oder Krämpfe gehabt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat das Kind eine Augenerkrankung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besondere Angaben: _____ |
| 6. Wurden Ihrem Kind schon einmal Blut oder Blutbestandteile (Transfusion) übertragen? | |
| Besondere Fragen | |
| 7. Herz-, Kreislaufferkrankungen
Ist die körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

12. Überempfindlichkeiten, Allergien

Leidet das Kind an Heuschnupfen? Ja Nein
Ist eine Allergie bekannt oder hat es Ja Nein
Ausschläge auf Medikamente oder andere
Substanzen bekommen?

Auf welche?: _____

13. Stoffwechsel

Leidet das Kind an Diabetes Ja Nein
(Zuckerkrankheit)?

Hat das Kind andere Erkrankungen der Ja Nein
Hormondrüsen (Schilddrüse, Nebenniere
oder Geschlechtsdrüse)?

Welche?: _____

Sonstige Fragen

14. Hat das Kind schadhafte Zähne oder Ja Nein
wackelt ein Zahn?

15. Leidet das Kind an anderen Ja Nein
Erkrankungen, die bisher nicht
aufgeführt wurden?

Welche? _____

16. Sonstige Besonderheiten Ihres Kindes:

17. Wer kümmert sich zu Hause in den ersten 12-24 Stunden um das Kind?

Name, Alter

Aufenthalt, Ort, Straße, Tel. (wenn vom Wohnung abweichend)

Beim Aufklärungsgespräch:

Den **Aufklärungsbogen** habe(n) ich (wir) gelesen und verstanden. Ich (wir) konnte(n) im Aufklärungsgespräch alle mich (uns) interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Die Fragen zur **Krankenvorgeschichte (Anamnese)** habe(n) ich (wir) nach bestem Wissen beantwortet.

Das **Merkblatt** für ambulante Narkosen / Anästhesien habe(n) ich (wir) erhalten und gelesen, die **Verhaltenshinweise** werde(n) ich (wir) beachten. die oben genannte Begleitperson habe(n) ich (wir) über den Inhalt dieses **Merkblattes** informiert.

Vermerke des Anästhesisten (_____) zum Aufklärungsgespräch:

Erörtert wurden u.a.: das Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, Risiken spezieller Verfahren, risikoerhöhende Besonderheiten, Neben- und Folgeeingriffe sowie: _____

Einwilligungserklärung:

Nach **gründlicher Überlegung willige(n) ich (wir)** hiermit für den Eingriff

_____ **ein in:**

Masken- / Larynxmasken- / Intubations-Narkose

Spezielles Verfahren: _____

Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin (sind) ich (wir) einverstanden. Falls Sie bestimmte Maßnahmen ablehnen, bitte bezeichnen:

Datum

Patientin / Patient / Sorgeberechtigter*

Kopie:

erwünscht und erhalten

nicht erwünscht

Ärztin / Arzt

* 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.