



Anamnesebogen Kinder

Geplanter Termin: _____

Patientendaten

Name

Geburtsdatum

Alter (Jahre)

Vorname

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Anschrift

Liebe Eltern,

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 die 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 schon vorab die folgenden Fragen sorgfältig und gewissenhaft. Es dient Ihrer Sicherheit – und der Ihres Kindes!

Zutreffendes markieren, unterstreichen oder ergänzen.

1. **Ist die Geburt Ihres Kindes normal verlaufen?**

Ja Nein

Welche Probleme (z.B. Frühgeburt)?

2. **Wurde Ihr Kind in letzter Zeit ärztlich behandelt?**

Ja Nein

Weshalb (z.B. Masern, Scharlach)?

3. **Ist Ihr Kind zur Zeit erkältet?**

Ja Nein

4. **Leidet es an einer anderen Infektion?**

Ja Nein

5. **Hatte Ihr Kind in den letzten Wochen Keuchhusten?**

Ja Nein

6. **Wurde Ihr Kind in den letzten Wochen geimpft?**

Ja Nein

Wogegen?

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

Ja Nein

Welche? Bitte geben Sie alle Mittel an.

8. Frühere Operationen?

z.B. Blinddarm, 2009

Ja Nein

9. Hat Ihr Kind die Narkose oder örtl. Betäubung dazu gut vertragen?

Welche Beschwerden?

Ja Nein

Kam es bei Blutsverwandten des Kinds zu Zwischenfällen in Zusammenhang mit einer Anästhesie?

Ja Nein

10. Wurden Ihrem Kind schon einmal Blut / Blutbestandteile übertragen?

Komplikationen dabei?

Ja Nein

Ja Nein

11. Wissen Sie oder gibt es Hinweise dafür, dass Ihr Kind an einem der folgenden Organe erkrankt ist oder war?

• Herz/Kreislauf

z.B. Herzfehler, eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit, Atemnot oder Blauwerden bei Anstrengungen, andere:

Ja Nein

• Atemwege

z.B. Bronchitis, Asthma bronchiale, Pseudo-Krupp, andere:

Ja Nein

• Lunge

z.B. Lungenentzündung, TBC, andere:

Ja Nein

• Leber, Nieren

z.B. Gelbsucht, Nierenfunktionsstörung, Dialyse, Häufige Blasen- oder Harnwegsinfektionen, andere:

Ja Nein

• Stoffwechsel

z.B. Zuckerkrankheit, gehäuftes Erbrechen, Unverträglichkeit von Obst, andere:

Ja Nein

• Augen

z.B. Grüner Star, andere:

Ja Nein

• Nerven

z.B. Nervenkrankheiten, Krampfleiden (Epilepsie), andere:

Ja Nein

Hat Ihr Kind bei Fieber Zuckungen oder Krämpfe gehabt?

Ja Nein

• Blut

z.B. Gerinnungsstörungen, häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen, starke Blutung, z.B. nach Zahntfernung oder anderen Verletzungen, andere:

Ja Nein

• Muskeln

z.B. Muskeln: Muskelschwäche, andere:

Ja Nein

Sind Ihnen Muskelerkrankungen bei Blutsverwandten bekannt?

Ja Nein

• Allergien

z.B. Allergien (z.B. Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, Jod, Latex, Insektenstiche, andere:

Ja Nein

12. Hatte Ihr Kind Ohrenerkrankungen?

Ja Nein

Hört Ihr Kind schlecht?

Ja Nein

13. Hat Ihr Kind lockere Zähne oder schadhafte Gebiß?

Ja Nein

Trägt es eine Regulierungsspanne oder eine Zahnprothese?

Ja Nein

14. Raucht Ihr Kind?

Wie viel pro Tag?

Ja Nein

15. Nimmt es Drogen?

Ja Nein

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

Die Richtig-/ Vollständigkeit wird bestätigt.

_____ X _____

Datum

Mutter/Vater/Sorgeberechtigte(r)