

Patientenetikett:

Geplante Operation: _____

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen
und ausfüllen!

Bitte bleiben Sie am Nachmittag vor der
Operation auf der Station bei Ihrem Kind!

Liebe Eltern!

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

Mehr Informationen dazu erhalten Sie in unserem grünem Aufklärungsbogen "*Narkose und/oder Regionalanästhesie*".

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 nein ja

Welche Probleme (z.B. Frühgeburt)?

2. Wurde Ihr Kind in letzter Zeit ärztlich behandelt? nein ja

Wegen welcher Erkrankungen (z.B. Masern, Scharlach)?

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 Zahntfernung 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 Latex, Insektenstiche nein ja

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 Regulierungsspange 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 Augsburg oder im näheren Umkreis von Augsburg? 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