P
SZ
BG
Stat.

K

ANAESTHESIERING
AMBULANTE NARKOSEN

Überörtliche
Berufsausübungsgemeinschaft
für Anaesthesiologie

Steeler Straße 107
45884 Gelsenkirchen
Telefon: 02 09 / 73 08 62 00
info@anaesthesiering.de
www.anaesthesiering.de

Fragebogen zur Allgemeinanästhesie bei Kindern

Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen:

J = ja N = nein ? = weiß nicht

Name: _____ Alter: _____ Jahre Geschlecht: weiblich ☐
Vorname: _____ Größe: _____ cm männlich ☐ Operateur/in: _____
Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg divers ☐ 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 **körperfremde 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**? 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 (Krampfleiden), 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 Nierenfunktionsstörung, Gelbsucht, Gelbsucht in der Neugeborenenperiode mit/ohne Lichttherapie vor? J N
  Augen: Leidet Ihr Kind an erhöhtem Augeninnendruck, 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? (Stoffwechselentgleisung unter Narkose mit extremem Temperaturanstieg) J N

bitte wenden

- 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

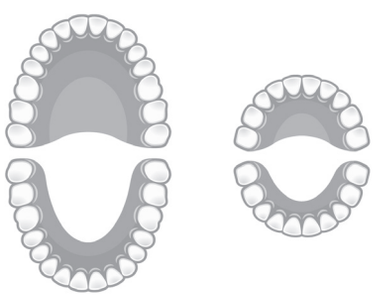
  Haben Sie Hinweise auf sonstige Medikamenten-Unverträglichkeiten bei ihrem Kind? J N

  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



(schadhafte Zähne bitte markieren)

- 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 Patien ten in den der Patientin in den ersten 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 _____ um _____ Uhr / telefon. am _____ um _____ Uhr 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 Fragen teils wurden auch die risikoerhöhenden 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:** _____

Eine Kopie dieses Bogens habe ich erhalten ☐ Eine Kopie dieses Bogens wurde mir angeboten, ich verzichte jedoch darauf ☐

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN:

Mutter / Sorgeberechtigte: _____

Datum: _____ Vater / Sorgeberechtigter: _____

Anästhesist/in: _____ ggf. Dolmetscher/in: _____