

# Anamnese-/Einwilligungsbogen für Kinder bis 12 Jahre

Liebe Eltern,

Ihrem Kind steht eine ambulante Operation bevor. Der Anästhesist hat die Aufgabe, das für Ihr Kind günstigste Anästhesieverfahren auszuwählen, durchzuführen und die erste Zeit nach der Narkose Ihr Kind zu überwachen. Der Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Organfunktionen (Atmung, Herz, Kreislauf) kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Durch die sorgfältige Beantwortung der nachfolgenden Fragen vermitteln Sie uns ein Bild über den Gesundheitszustand Ihres Kindes und helfen uns, das Beste für seine Sicherheit zu tun. Im Gespräch mit dem Anästhesisten erfahren Sie Ablauf und Techniken der Narkose und Überwachung sowie Risiken einer Narkose.

Fragen Sie uns nach allem, was Sie im Zusammenhang mit der Anästhesie interessiert.

## Ihr Anästhesieteam Drs. Steinbach-Jaugsch-Goldmann-Tatar-Stubbe-Schön-Steiner

Name \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Hausarzt \_\_\_\_\_  
Operierender Arzt \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? ja  nein   
Was? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Gab es dabei Besonderheiten? ja  nein   
Welche? \_\_\_\_\_

Gab es bei Blutsverwandten Ihres Kindes Zwischenfälle im Zusammenhang mit einer Narkose? Ja  nein   
Welche? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind z.Zt. in ärztlicher Behandlung ja  nein   
Wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja  nein   
Welche? \_\_\_\_\_

Leidet oder litt Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

1. Erbliche Muskelerkrankung oder Muskelschwäche, auch bei Blutsverwandten, Veranlagung zu Maligner Hyperthermie? ja  nein

2. Herzerkrankung (Herzfehler, Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Atemnot beim Treppensteigen)? ja  nein

3. Kreislaufkrankungen (zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)? ja  nein

4. Gefäßerkrankungen (Krampfader, Durchblutungsstörungen, Thrombose)? ja  nein

5. Lungen- und Atemwegserkrankungen (TBC, Staublunge, Lungenentzündung, Lungenblähung, Asthma, chron. Bronchitis)? ja  nein

6. Lebererkrankungen (Gelbsucht, Leberverhärtung, Hepatitis)? ja  nein

7. Nierenerkrankungen (Nierenentzündung, Nierensteine)? ja  nein

8. Erkrankungen des Verdauungstraktes (Sodbrennen, Magenerkrankungen, chronische Darmerkrankung)? ja  nein

9. Stoffwechselerkrankungen (Zuckerkrankheit, Schilddrüse)? ja  nein

10. Augenerkrankungen (grüner/grauer Star)? ja  nein

11. Nervenleiden (Epilepsie, Lähmungen, häufige Kopfschmerzen)? ja  nein

12. Erkrankungen des Skelettsystems (Wirbelsäule-, Gelenkerkrankungen)? ja  nein

13. Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen (häufiges oder verlängertes Nasenbluten)? ja  nein

Reagiert Ihr Kind allergisch auf bestimmte Stoffe (Medikamente, Pflaster, Nahrungsmittel, Latex)? ja  nein

Gab es Besonderheiten bei der Geburt? ja  nein   
Welche? \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten des Kindes ja  nein   
Welche? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind in den letzten 2 Wochen geimpft? ja  nein

Hat Ihr Kind schadhafte Zähne? ja  nein

Sonstige Besonderheiten \_\_\_\_\_

## Einwilligungserklärung

Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_ hat heute mit mir anhand meiner Antworten ein Aufklärungsgespräch über das Anästhesieverfahren geführt. Ich konnte alle mich interessierenden Fragen stellen - insbesondere nach der Art des Verfahrens und seinen spezifischen Risiken, nach der Vor- und Nachbehandlung sowie etwaigen Verfahrensänderungen. Den Inhalt der Eltern-Information habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich habe noch folgende Fragen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen des Arztes zum Aufklärungsgespräch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

Unterschrift der Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Durchschrift des Einwilligungsbogens wurde mir unmittelbar nach dem Aufklärungsgespräch ausgehändigt.

Unterschrift der Eltern \_\_\_\_\_

## Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich die Anästhesisten der obigen Gemeinschaftspraxis von der Schweigepflicht hinsichtlich der Weitergabe behandlungsrelevanter Patientendaten des o.g. Behandlungsfalles an die mitbehandelnden Ärzte.

Unterschrift der Eltern \_\_\_\_\_