

Gesundheitsfragebogen für Kinder

Personalien

Name und Vorname Ihres Kindes

Geburtsdatum

Strasse und Nummer

PLZ und Ort

Grösse und Gewicht

Hausarzt

Operationstermin und Klinik

Operateur

E-Mail-Adresse eines Elternteils

Telefonnummer eines Elternteils

Gesundheitsfragen

Ist Ihr Kind zurzeit in medizinischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nimmt Ihr Kind Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Operationen und wann?		
Gab es Probleme mit der Narkose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
Ist Ihr Kind ein Frühgeborenes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nach wie vielen Schwangerschaftswochen kam es zur Welt?		
Gab es besondere Probleme während der ersten Lebenswochen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
Haben Sie den Eindruck, dass die körperlichen Leistungen Ihres Kindes schwächer als die seiner Altersgenossen sind?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde bei Ihrem Kind Herzgeräusche festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
War Ihr Kind in den letzten zwei Wochen erkältet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hustet es?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat es Fieber?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fällt es Ihrem Kind schwer, bei körperlicher Anstrengung zu atmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leidet Ihr Kind an einer anderen Atemwegserkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Ja, an welcher?		

Leidet Ihr Kind an Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Ja, an welcher?		
Sind in Ihrer Familie besondere Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Ja, an welche?		
Hat Ihr Kind des Öfteren Nasenbluten und treten rasch Blutergüsse auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leidet Ihr Kind an einer Nervenkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Ja, an welche?		
Leidet Ihr Kind an einer neuromuskulären Krankheit oder an einer Muskelschwäche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leidet Ihr Kind an Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leidet Ihr Kind an einer Augenkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie mit Ihrem Kind über den bevorstehenden Eingriff gesprochen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hört Ihr Kind auf einen Spitznamen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Ja, auf welchen?		
Möchten Sie uns andere Besonderheiten mitteilen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besonderes, Sonstiges

Bestätigung und Einwilligungserklärung

Ich bestätige, dass ich das Dokument «Merkblatt ambulante Anästhesie» gelesen und verstanden habe und werde die darin enthaltenen Empfehlungen und Verordnungen befolgen. Mit der Unterschrift bestätige ich zugleich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift Patient*in (oder gesetzliche Vertretung)

Bitte retournieren Sie den Anamnesebogen ausgefüllt und signiert per Post oder Mail an Traumarkose.