

Gesundheitsfragebogen für Kinder

Personalien

Name und Vorname Ihres Kindes

Geburtsdatum

Strasse und Nummer

PLZ und Ort

Hausarzt

Operationstermin und Klinik

Operateur

E-Mail-Adresse eines Elternteils

Telefonnummer eines Elternteils

Gesundheitsfragen

Ist Ihr Kind zurzeit in medizinischer Behandlung?

☐ ja

☐ nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente (auch Spray oder Inhalation)?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche?

Grösse und Gewicht

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche Operationen und wann?

Gab es Probleme mit der Narkose?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind ein Frühgeborenes?

☐ ja

☐ nein

Nach wie vielen Schwangerschaftswochen kam es zur Welt?

Gab es besondere Probleme während der ersten Lebenswochen?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie den Eindruck, dass die körperlichen Leistungen Ihres Kindes schwächer als die seiner Altersgenossen sind?

☐ ja

☐ nein

Wurde bei Ihrem Kind Herzgeräusche festgestellt?

☐ ja

☐ nein

War Ihr Kind in den letzten zwei Wochen erkältet?

☐ ja

☐ nein

Hustet es?

☐ ja

☐ nein

Hat es Fieber?

☐ ja

☐ nein

Fällt es Ihrem Kind schwer, bei körperlicher Anstrengung zu atmen?

☐ ja

☐ nein

Leidet Ihr Kind an einer anderen Atemwegserkrankung?

☐ ja

☐ nein

Wenn Ja, an welcher?

Leidet Ihr Kind an Allergien?	☐ ja	☐ nein
Wenn Ja, an welcher?		
Sind in Ihrer Familie besondere Allergien bekannt?	☐ ja	☐ nein
Wenn Ja, an welche?		
Hat Ihr Kind des Öfteren Nasenbluten und treten rasch Blutergüsse auf?	☐ ja	☐ nein
Leidet Ihr Kind an einer Nervenkrankheit?	☐ ja	☐ nein
Wenn Ja, an welche?		
Leidet Ihr Kind an einer neuromuskulären Krankheit oder an einer Muskelschwäche?	☐ ja	☐ nein
Leidet Ihr Kind an Zuckerkrankheit?	☐ ja	☐ nein
Leidet Ihr Kind an einer Augenkrankheit?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie mit Ihrem Kind über den bevorstehenden Eingriff gesprochen?	☐ nein	☐ ja
Hört Ihr Kind auf einen Spitznamen?	☐ ja	☐ nein
Wenn Ja, auf welchen?		
Möchten Sie uns andere Besonderheiten mitteilen?	☐ ja	☐ 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 unterschrieben per Post oder Mail an Traumnarkose.