

Anästhesie-Fragebogen für Kinder

Zur Abschätzung des Anästhesierisikos Ihres Kindes bitten wir Sie, die untenstehenden Fragen zu beantworten und den ausgefüllten Fragebogen in die Anästhesiepraxis im 2. Stock mitzubringen.

Falls Sie Befunde oder Arztbriefe haben, bringen Sie diese bitte ebenfalls mit

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Aktuelles Gewicht: _____ kg Aktuelle Größe: _____ cm

Schwangerschaftswoche bei der Geburt: _____ Geburtsgewicht: _____ kg Geburtsgröße: _____ cm
(falls Ihr Kind jünger als 2 Jahre ist)

Ist Ihr Kind in ständiger ärztlicher Behandlung oder ist in den letzten Wochen eine ärztliche Behandlung erfolgt?

Falls **JA**, weswegen? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Falls **JA**, bringen Sie bitte den Medikamentenplan mit oder füllen die Tabelle aus:

Medikament	Dosis (mg, Einheiten, Hub...)	Zeitpunkt und Menge				seit (Datum)
		morgens	mittags	abends	nachts	

	NEIN	JA
Gab es Probleme während der Schwangerschaft oder bei der Geburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls JA , welche? _____		
Wurden Ihr Kind in der Vergangenheit bereits operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls JA , welche Operationen wurden durchgeführt? _____		
Traten bei einer Operation Komplikationen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls JA , welche Komplikationen? _____		
Gab es Komplikationen oder Probleme bei einer Narkose oder örtlichen Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls JA , welche? _____		
Kennen Sie jemanden in Ihrer Blutsverwandtschaft, der Probleme bei einer Narkose hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls JA , welche? _____		
Ist Ihr Kind zur Zeit „richtig krank“ oder „zu krank, um in Kindergarten oder Schule zu gehen“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind in den letzten Tagen Fieber mit einer Temperatur > 38 °C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind momentan eitrigen Schnupfen oder produziert es gelblichen Schleim beim Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Ja		Nein	Ja
Besteht bei Ihnen oder in Ihrer Blutsverwandtschaft eine Veranlagung zu hohem Fieber bei / nach einer Narkose (Maligne Hyperthermie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatte Ihr Kind jemals Fieberkrämpfe oder einen epileptischen Anfall? Falls Ja , wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten eine angeborene Muskelerkrankung bekannt? Falls Ja , welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leidet Ihr Kind unter einer neurologischen oder psychiatrischen Erkrankung? Falls Ja , welcher? _____		
Ist bei Ihrem Kind eine Allergie bekannt? Falls Ja , welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist eine Zwerchfelllähmung bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind beim Spielen und Toben schnell erschöpft und muß sich ausruhen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muß Ihr Kind zu Hause Sauerstoff bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind bei Anstrengung blau und hat Luftnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist eine Erkrankung der Nieren oder Harnwege bekannt? Falls Ja , welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzt Ihr Kind stark bei geringer körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist eine Lebererkrankung bekannt? Falls Ja , welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihrem Kind oft schwindlig oder ist es schon einmal ohnmächtig geworden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leidet Ihr Kind unter einer Knochenkrankung? Falls Ja , welcher? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihrem Kind ein Herzfehler bekannt? Falls Ja , welcher? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist in der Familie eine Blutungskrankheit bekannt? Falls Ja , welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihr Kind wegen eines Herzfehlers operiert oder im Herzkatheterlabor behandelt? Falls Ja , wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht bei Ihrem Kind eine Blutungsneigung (häufiger als 5x im Jahr Nasenbluten, spontane Hautblutungen, lange Blutung nach Verletzung oder Operation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War bei der letzten Kontrolluntersuchung alles in Ordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurde in den letzten 14 Tagen eine Impfung gegen Masern-Mumps-Röteln (MMR), Rotaviren, Windpocken, Gelbfieber, Typhus, Tuberkulose oder Influenza nasal durchgeführt? Falls Ja , welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarcht Ihr Kind regelmäßig während es schläft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hat Ihr Kind lockere Zähne oder trägt Ihr Kind Hilfsmittel (Zahnspange) oder einen Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie beobachtet, daß Ihr Kind beim Schlafen aufhört zu atmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hat Ihr Kind eine Augenerkrankung? Falls Ja , welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind unter einer Atemwegs- oder Lungenerkrankung ? Falls Ja , welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatte oder hat Ihr Kind eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV/AIDS, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musste Ihr Kind deshalb stationär aufgenommen werden? Falls Ja , wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hat Ihr Kind eine Erkrankung, die im Fragebogen nicht erwähnt wird? Falls Ja , welche? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihrem Kind eine Stoffwechselerkrankung (u.a. Schilddrüsenunterfunktion, Diabetes mellitus) bekannt? Falls Ja , welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ist bei Ihrem Kind eine angeborene genetische Erkrankung (z.B. Trisomie 21) oder eine Fehlbildung bekannt? Falls Ja , welche? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			