

Notiz: Protokoll zur Unterschrift mitgegeben
 Prämedikation ohne path. Befund



Praxisklinik am Rathausplatz

Gemeinschaftspraxis für Ambulante Anästhesie

Rathausplatz 23 - 58507 Lüdenscheid
 Tel. (02351) 39994 - Fax (02351) 39995
 e-Mail : PraxisklinikLued@aol.com

Öffnungszeiten: Mo.-Do. 8.00-13.00 u. 14.00-16.00 Uhr, Fr. 8.00-12.00 Uhr
 Narkoseaufklärungen u. Schmerzsprechstunde nur nach telefon. Vereinbarung

Anamnesebogen für Kinder (bis zum 12. Lebensjahr)

Name des Kindes :		Geburtsdatum :	Termin zur Narkoseaufklärung am : Uhr
Geplanter Eingriff :		Operation bei Dr.	
Erreichbarkeit der Eltern (privat, beruflich oder Handy) :	Wer begleitet das Kind nach der Operation ? (Name, Alter)		Haus-/Kinderarzt :

Fragebogen bitte vor dem Aufklärungsgespräch ausfüllen !

Liebe Eltern,

der bei Ihrem Kind geplante Eingriff soll in Narkose (Allgemeinanästhesie) erfolgen. Ein Narkosearzt unserer Praxisklinik bereitet Sie und Ihr Kind anhand Ihrer Angaben auf diesem Bogen sowie einem persönlichen Gespräch vor. Dieser Kontakt vor der Operation unterstützt den problemlosen Verlauf der Narkose, informiert Sie über den organisatorischen Ablauf und klärt mögliche Fragen vor der Narkose. Dieses Kennenlernen fördert die Zusammenarbeit und hilft Komplikationen vorzubeugen. - Bitte beachten Sie auch das **gelbe Merkblatt Anästhesie**, das Sie zusammen mit diesem Bogen bekommen haben. Sollte im Ausnahmefall ein Vorgespräch mit uns nicht möglich sein, so suchen Sie bitte Ihren Haus-/ Kinderarzt auf, um vorab den Gesundheitszustand Ihres Kindes abklären zu lassen.

Die folgenden Fragen dienen der Sicherheit Ihres Kindes. Bitte beantworten Sie alle Fragen gewissenhaft. Suchen Sie bei **Sprachschwierigkeiten** bitte einen Übersetzer (Dolmetscher) auf und bitten Sie ihn mit zum Aufklärungsgespräch.



Alter des Kindes : _____ männlich weiblich
 Größe : _____ cm Gewicht : _____ kg

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen od. ergänzen !

Früh- / Mangelgeburt :	JA	NEIN
Gab es Probleme in der Schwangerschaft oder bei der Geburt ? Welche ? <small>(Bitte bringen Sie dann den Mutterpass mit !)</small>		
Gab es in den ersten Tagen od. Wochen nach der Geburt Probleme? Welche ? <small>(Bitte bringen Sie dann das Vorsorgeheft mit !)</small>		
Infekte / Erkältungskrankheiten	JA	NEIN
Hatte Ihr Kind innerhalb der letzten 2 Wochen oder z.Zt. eine Erkältung?		
Wurde Ihr Kind in den letzten 6 Monaten wegen einer dieser Krankheiten ärztlich behandelt		
Pseudokrapp		
Bronchitis		
Lungenentzündung		
Leidet Ihr Kind zur Zeit an einer Infektionskrankheit oder hatte es früher eine ansteckende Erkrankung? Welche ?		
Wurde Ihr Kind in den letzten 3 Wochen geimpft ? <small>(Tetanus, Diphtherie, Hib, Hepatitis, Polio, Meningitis, Tuberkulose, Windpocken o.a. - Bitte bringen Sie den Impfpass mit !)</small>		
Bei Wahleingriffen sollte nach einer Impfung oder einem Infekt 2 - 3 Wochen bis zur Narkose gewartet werden, damit das Immunsystem wieder stabil ist !		

Medikamente	JA	NEIN
Hat Ihr Kind in den letzten Tagen oder Wochen Medikamente eingenommen ? Welche ?		
1.		
2.		
3.		
4.		
Operationen / Narkosen	JA	NEIN
Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?		
Art des Eingriffs	Monat	Jahr
1.		
2.		
3.		
4.		
Traten nach einer Narkose od. örtlichen Betäubung Probleme auf ? Welche ?		
Traten bei Blutsverwandten/ in der Familie Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Narkose auf ? Welche ?		
Allgemeine Leistungsfähigkeit	JA	NEIN
Unser Kind ist beim Laufen oder Spielen eingeschränkt oder ermüdet schnell !		
Soll Ihr Kind aus ärztlicher Sicht nicht oder nur eingeschränkt am Sport(-unterricht) teilnehmen ?		
Platz für Ergänzungen:		

(Sollten Sie Fragen mit JA beantworten, so bitten wir um entsprechende Abklärung durch den behandelnden Haus-/Kinderarzt.)

Herz-Kreislauf	JA	NEIN
Ist bei Ihrem Kind ein Herz- / Klappenfehler oder eine Herzmuskelerkrankung bekannt ?		
Hat Ihr Kind manchmal Atemnot bei Anstrengung oder in der Kälte ?		
Bekommt Ihr Kind manchmal bei Anstrengung oder Kälte blaue Lippen oder Finger ?		
Lunge-Atemwege	JA	NEIN
Hat Ihr Kind in den letzten Wochen gehustet ? zuletzt : _____		
Hatte oder hat Ihr Kind eine dieser Krankheiten ?		
(chron.) Bronchitis		
Asthma / COPD		
Pseudokrapp		
Lungenentzündung / Tuberkulose		
Mukosviszidose / Bronchiektasen / Sarkoidose		
Nerven / Muskulatur	JA	NEIN
Ist in den letzten 4 Wochen Fieber aufgetreten ?		
Traten dabei oder früher bei Fieber Zuckungen oder Krämpfe auf (Fieberkrampf) ?		
Hat Ihr Kind ein bekanntes Krampfleiden / -anfälle / Absencen / Epilepsie oder eine Nervenerkrankung ?		
Ist bei Ihnen, Ihrem Kind oder in der Familie eine Muskelerkrankung bekannt geworden (z.B. Myasthenie, Muskelschwäche o.a.) ?		
Ist bei Ihrem Kind eine Augenerkrankung bekannt ? O Ist mit Brille / Kontaktlinsen ausgeglichen		
Schielt Ihr Kind oder war es deswegen bereits in augenärztlicher Behandlung ?		
Stoffwechsel / Unverträglichkeiten	JA	NEIN
Ist bei Ihrem Kind ein Diabetes (Zuckerkrankheit) bekannt oder leidet es an einer anderen Stoffwechselkrankheit ? An welcher ?		
Magen / Darm	JA	NEIN
Leidet Ihr Kind unter häufigem Erbrechen oder Durchfällen?		
Ist bei Ihrem Kind eine chronische Magen-Darm-Erkrankung bekannt ? Welche ?		

Ergänzungen / Fragen für das Aufklärungsgespräch :



Blutgerinnung	JA	NEIN																																									
Leidet Ihr Kind an einer bekannten Störung der Gerinnbarkeit des Blutes ? (Bitte Labor/Befunde des Arztes mitbringen !)																																											
Hat Ihr Kind in den letzten 6 Monaten oder nimmt es z.Zt. gerinnungshemmende Medikamente ein ?																																											
Hat Ihr Kind häufig Nasenbluten, blaue Flecken oder bluten Verletzungen lange nach ?																																											
Leber / Niere / Harnwege	JA	NEIN																																									
Hatte Ihr Kind eine verstärkte Gelbsucht nach der Geburt oder eine bekannte Störung der Leberfunktion ?																																											
Ist eine Leberentzündung (Hepatitis A, B, C) bei Ihrem Kind bekannt ?																																											
Hat Ihr Kind häufig fieberhafte Harnwegsinfekte oder eine Nierenerkrankung ?																																											
Leidet Ihr Kind unter einer schweren Nierenfunktionsstörung oder muss es dialysiert werden ?																																											
Allergien / Unverträglichkeiten	JA	NEIN																																									
Ist eine Allergie oder Unverträglichkeit aufgefallen gegen ...																																											
Medikamente (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel, örtl. Betäubung)																																											
Nahrungsmittel (z.B. SOJA , Erdbeeren, Kiwi, Südfrüchte, Nüsse)																																											
Jod (z.B. Desinfektions- oder Kontrastmittel)																																											
Latex / Kunststoffe (z.B. Luftballon, Radiergummi)																																											
Pollen (z.B. Heuschnupfen) / Tierhaare																																											
Sonstige Allergien :																																											
Sind bei Ihrem Kind eine Neurodermitis o.a. atopische Ekzeme aufgetreten ?																																											
Sonstige Erkrankungen / Gewohnheiten	JA	NEIN																																									
Hat Ihr Kind lockere Zähne oder trägt es Regulations- spangen oder Kronen etc.																																											
Zahnstatus	<table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> <tr> <td>O locker</td><td>K überkront</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>x fehlt</td><td>S saniert</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	O locker	K überkront											x fehlt	S saniert											-- Prothese / Brücke
6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6																																
O locker	K überkront																																										
x fehlt	S saniert																																										
	O Alle Zähne fest und o.B.																																										
Raucht Ihr Kind oder nimmt er / sie Drogen ?																																											
Welche ?																																											
Zigaretten : Stück pro Tag																																											
Sind sonstige Erkrankungen oder Behinderungen bei Ihrem Kind bekannt ?																																											
Welche ?																																											
Gibt es Veränderungen am Körperbau oder in der Beweglichkeit des Skeletts, die Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen sind ? Welche ?																																											

Nach der Narkose ...	JA	NEIN
Nach der Narkose ist mein Kind in den ersten 24 Stunden ständig in meiner Nähe !		
Nach der Narkose steht mir 24 Stunden lang ein Auto mit Fahrer zur Verfügung !		
Nach der Narkose sind wir unter der Telefon - Nr. _____ erreichbar !		

Bemerkungen des Arztes :

O Kind ist körperlich gut belastbar !

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, alle Angaben in Ruhe auszufüllen. – Bitte bringen Sie zum Aufklärungsgespräch diesen Bogen, das gelbe U-Heft und mögliche aktuelle Befunde Ihre Kinderarztes sowie Ihr Kind mit, damit wir es untersuchen können !

Bitte beachten Sie zur Narkose unbedingt die notwendigen **Nüchternzeiten** vor dem Eingriff (**s. Merkblatt Anästhesie**) und die Anwesenheit einer **Begleitperson** 24 Stunden nach der Narkose ! – Sollten Sie den OP-/Narkosetermin versäumen oder Ihr Kind zum Termin nicht ausreichend nüchtern sein, müssen wir Ihnen die Ausfallkosten privat in Rechnung stellen. Bitte beachten Sie auch, dass am OP-Tag andere Kinder **nicht** mitgebracht werden können! – **Die Angaben auf diesem Bogen haben wir nach bestem Wissen und vollständig gemacht und den Inhalt verstanden.**