



FRAGEBOGEN FÜR KINDER

Wir bitten Sie, den Bogen ausgefüllt in die Klinik mitzubringen.

Name und Vorname des Kindes _____

Alter Jahre Monate Gewicht in kg Grösse in cm

Operation _____ Datum _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Ist oder war Ihr Kind wegen einer anderen Erkrankung in ärztlicher Behandlung? (z.B. Asthma, Epilepsie, Fieberkrämpfe)
ja nein

Leidet Ihr Kind zur Zeit an einer fieberhaften Erkrankung? Wenn ja, welche Krankheit?

(z.B. Erkältung, Darminfektion, Durchfall) ja nein

Muss Ihr Kind regelmässig oder nur zur Zeit Medikamente einnehmen? Wenn ja, welches Medikament? ja nein

Bitte bringen Sie Medikamente, die Ihr Kind regelmässig einnimmt, originalverpackt mit in die Klinik.

Hat Ihr Kind schon einmal auf ein Medikament oder auf andere Substanzen allergisch reagiert? Wenn ja, worauf?

ja nein

Wie hat es darauf reagiert? (z.B. Hautausschlag, Juckreiz, Atemnot, Heuschnupfen)

Ist Ihr Kind zu früh geboren worden? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?

ja nein

Gab es bei Ihrem Kind nach der Geburt gesundheitliche Probleme? Wenn ja, welche?

ja nein

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Narkose? Wenn ja, warum?

ja nein

Wenn ja, war der Verlauf der Narkose und der Operation normal? ja nein

Wenn nicht, welche Schwierigkeiten sind aufgetreten? (z.B. Erbrechen, Schmerzen, Fieber)

Sind bei anderen Familienmitgliedern Narkosezwischenfälle vorgekommen? (z.B. verstärkte Blutung, maligne Hyperthermie)

ja nein

Leidet Ihr Kind an sonstigen, hier nicht aufgeführten Erkrankungen? Wenn ja, an welchen? ja nein

(z.B. Augenleiden, Herz-, Niere-, Leber-, Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des Immunsystems)

Haben Sie einen Wunsch in Verbindung mit der Anästhesie, die Ihrem Kind bevorsteht? Wenn ja, welchen? ja nein

Notizen der Anästhesistenzum Aufklärungsgespräch

Folgende Punkte speziell besprochen und das Einverständnis dafür eingeholt:

Zusätzliche Risikofaktoren:

Besonderes: Blutungsanamnese:

neg.

pos.

Geplantes Anästhesieverfahren: Allgemeinanästhesie:

Intubation

Larynxmaske

Einwilligung nach dem Aufklärungsgespräch

Ich erkläre mich mit den vorbereitenden und begleitenden Massnahmen der anästhesiologischen Behandlung einverstanden und bin über mögliche medizinisch notwendige Änderungen des Vorgehens und deren Risiken orientiert.

All meine Fragen wurden verständlich beantwortet.

Datum ____/____/____

Eltern oder Sorgeberechtigter

Unterschrift Dr.Sergiu Bianu

PRAXIS DR. SERGIU BIANU, Ambulante Anästhesie

Dr. med. Sergiu Bianu

Pappelweg 32, CH-4310 Rheinfelden

Mobil: +41 79 749 92 90

sergiu@narkoswiss.ch