

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN KINDER



Anästhesie
Zug

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte,

bei Ihrem Kind ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation in Anästhesie vorgesehen. Um Ihr Kind mit grösstmöglicher Sicherheit und Sorgfalt anästhesiologisch begleiten zu können, benötigen wir genaue Informationen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes.

Danke, dass Sie diesen Gesundheitsfragebogen sorgfältig ausfüllen.

PERSÖNLICHE ANGABEN ZUR ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN PERSON UND PATIENTIN / PATIENT

Name des Kindes:	Geburtsdatum des Kindes:
Vor- und Nachname erziehungsberechtigte Person	Telefon/ Mobil:
Hausarzt/ Hausärztin oder Kinderarzt / Kinderärztin (Name, Ort):	

GEPLANTE BEHANDLUNG / UNTERSUCHUNG / OPERATION

--

FRÜHERE BEHANDLUNGEN / OPERATIONEN

Hatte Ihr Kind bereits einmal eine Anästhesie? Wenn ja, warum: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gab es Probleme bei früheren Anästhesien? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gab es bei Blutsverwandten Probleme mit der Anästhesie? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

GEBURT UND SÄUGLINGSZEIT

Ist Ihr Kind eine Frühgeburt? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind auf die Welt: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gab es Probleme in den ersten Wochen nach der Geburt? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

DERZEITIGER GESUNDHEITZUSTAND IHRES KINDES

Körpergrösse (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Bestand oder besteht bei Ihrem Kind eines der folgenden Gesundheitsprobleme?

Herzleiden (Herzfehler, Herzoperation, Herzgeräusch, Klappenerkrankung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzrhythmusstörungen (Schrittmacherträger, Defibrillatorträger)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Blutdruck oder Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Atemnot / Zyanose (blaue Lippen) bei Sport oder körperlicher Anstrengung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung (z. B. Bronchitis, Asthma, Heimsauerstoff)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, hat ihr Kind ein Therapiegerät	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenembolie und/oder Thrombose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hirnblutung oder Hirninfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erkrankungen des Blutes oder der Blutgerinnung (z.B. Leukämie, Blutarmut, häufiges Nasenbluten, Neigung zu blauen Flecken oder Hautblutungen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leber- oder Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes, Schilddrüse, angeborene Stoffwechselerkrankungen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magenprobleme (z.B. Fehlbildungen des Magen-Darm-Traktes, Gastritis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neurologische Erkrankung (z. B. Epilepsie, Lähmung, Entwicklungsrückstand)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schwere Muskelerkrankung (z. B. Myopathie, Muskeldystrophie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychische Erkrankung (z. B. Depression, Panikattacken, Autismus, ADHS)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere schwere Erkrankung (z.B. Krebserkrankung, Tumorleiden)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergie oder Unverträglichkeit? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
(Falls Allergiepass vorhanden, bitte diesen zur Anästhesie mitbringen)		

Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Nimmt Ihr Kind Alkohol oder Drogen ein? Wenn ja, bitte um genauere Angaben: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ist Ihr Kind derzeit erkältet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind lockere oder schadhafte Zähne? Wenn Ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie den Eindruck, dass die körperliche Leistungsfähigkeit Ihres Kindes schwächer ist, als die seiner Altersgenossen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Benötigt Ihr Kind eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

BEMERKUNGEN

_____ **DATUM**

_____ **UNTERSCHRIFT (Kind ab 16 oder erziehungsberechtigte Person)**