

Liebe Eltern,

ihrem Kind steht eine ambulante Operation bevor. Der Anästhesist / die Anästhesistin hat die Aufgabe, das am besten für ihr Kind geeignete Anästhesieverfahren auszuwählen, durchzuführen und ihr Kind die erste Zeit nach der Narkose zu überwachen.

Durch die sorgfältige Beantwortung der nachfolgenden Fragen vermitteln Sie uns ein Bild über den Gesundheitszustand ihres Kindes und helfen uns, alles Erforderliche für seine Sicherheit zu tun. Im Gespräch mit uns erfahren Sie Ablauf, Techniken und Risiken einer Narkose. Fragen Sie uns nach allem, was Sie im Zusammenhang mit der Anästhesie interessiert!

**Ihr Anästhesieteam Dr. med. Markus Full, Dr. med. Tobias Bohn, Dr. med. Maurice Pina, Dr. med. Tina Zerbe.**

Name \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? ja  nein

Was? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

Gab es dabei Besonderheiten? ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Gab es bei Blutsverwandten Ihres Kindes Zwischenfälle im Zusammenhang mit einer Narkose? ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind z.Zt. in ärztlicher Behandlung? ja  nein

Wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Leiden oder litt Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

1. Herzerkrankung (Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, wird ihr Kind bei Anstrengung blau)? ja  nein

2. Kreislauferkrankungen (zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)? ja  nein

3. Gefäßerkrankungen (Durchblutungsstörungen, Thrombose, Schlaganfall)? ja  nein

4. Lungen- und Atemwegserkrankungen (TBC, Staublunge, Lungenentzündung, Lungenblähung, Asthma, chron. Bronchitis, Schlafapnoe)? ja  nein

5. Lebererkrankungen (Gelbsucht, Leberverhärtung, Hepatitis)? ja  nein

6. Nierenerkrankungen (Nierenentzündung, Nierensteine)? ja  nein

7. Erkrankungen des Verdauungstraktes (Sodbrennen, Magenerkrankungen, chronische Darmerkrankung)? ja  nein

8. Stoffwechselerkrankungen (Zuckerkrankheit, Schilddrüse)? ja  nein

9. Augenerkrankungen (grüner/grauer Star)? ja  nein

10. Nervenleiden (Epilepsie, Lähmungen, häufige Kopfschmerzen)? ja  nein

11. Erkrankungen des Skelettsystems (Wirbelsäule, Gelenkerkrankungen)? ja  nein

12. Erbliche Muskelerkrankung oder Muskelschwäche, auch bei Blutsverwandten, Veranlagung zu Maligner Hyperthermie? ja  nein

13. Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen auch bei Blutsverwandten (häufiges oder verlängertes Nasenbluten)? ja  nein

14. Reagiert ihr Kind allergisch auf bestimmte Stoffe (Medikamente, Pflaster, Nahrungsmittel, Latex)? ja  nein   
Welche? \_\_\_\_\_

15. Infektionskrankheiten ihres Kindes ja  nein   
Welche? \_\_\_\_\_

16. Wurde ihr Kind in den letzten 2 Wochen geimpft? ja  nein   
Welche? \_\_\_\_\_

17. Hat ihr Kind schadhafte Zähne? ja  nein

18. Sonstige Besonderheiten (Frühgeburtlichkeit, akute Infekte,...)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Einwilligungserklärung

Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_ hat mit mir anhand meiner Antworten ein Aufklärungsgespräch über das Anästhesieverfahren geführt. Ich konnte alle mich inter-essierenden Fragen stellen - insbesondere nach der Art des Verfahrens und seinen spezifischen Risiken, nach der Vor- und Nachbehandlung sowie etwaigen Verfahrensänderungen. Den Inhalt der Eltern-Information habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich habe noch folgende Fragen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bemerkungen des Arztes zum Aufklärungsgespräch:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Kopie des Einwilligungsbogens wurde mir nach dem Aufklärungsgespräch ausgehändigt.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_