



Praxisstempel

Anästhesiegemeinschaft • Tel 052 202 07 66 • Fax 052 202 07 67
 Dr. Ulrich Flecks Dr. Miroslav Stefan Dr. Lorena Witzig

Anmelde- und Fragebogen zur Kinderanästhesie

Angaben zur Operation (durch den Operateur auszufüllen)

Operation		Operateur	
OP-Datum	OP-Dauer ca. Min.	Spezielles	

Angaben zum Patienten (Klebe-Etikette falls vorhanden)

Name	Vorname	Geb.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Grösse cm Gewicht kg
Name/Vorname der Eltern		Vormund / Pflegeheim (mit Tel.-Nr.)		
Strasse	PLZ	Ort		
Tel. Privat Tel. Mobil Tel. Geschäft	Hausarzt (Name, Tel.-Nr.)			
<input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Pauschale IV: Verfügung oder Verfügungsnummer und IV-Nummer angeben <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> SUVA / IV / MV SUVA: Bitte Unfalldatum angeben				

Fragen zum Gesundheitszustand des Kindes (von den Eltern / dem gesetzlichen Vertreter auszufüllen)

- Hat Ihr Kind schon einmal eine Narkose bekommen? Wenn ja, wann und für welche Operation? ja nein
-
- War der Verlauf der Narkose und der Operation normal? Wenn nicht, welche Schwierigkeiten traten auf? ja nein
-
- Sind bei anderen Familienmitgliedern Narkosezwischenfälle vorgekommen? Wenn ja, welche? ja nein
-
- Hat Ihr Kind eine angeborene Krankheit? Wenn ja, welche? ja nein
-
- Hat Ihr Kind einen Herzfehler? Wenn ja, welchen? ja nein
-
- Hat Ihr Kind eine Erkrankung der Lungen oder Atemwege (z.B. Asthma)? Welche? ja nein
-
- Hat Ihr Kind eine Muskelerkrankung oder Muskelschwäche? ja nein
-
- Hat Ihr Kind ein Nerven- oder Krampfleiden (Epilepsie)? ja nein
-
- Ist oder war Ihr Kind wegen einer Erkrankung in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, welche Krankheit? ja nein
-
- Hatte Ihr Kind während den letzten 2 Wochen Fieber oder eine Infektion der Atemwege? ja nein
-
- Erhielt Ihr Kind während den letzten 3 Monaten Medikamente? Wenn ja, welche? ja nein
-
- Hat Ihr Kind schon einmal auf ein Medikament oder auf andere Substanzen (Nahrungsmittel) allergisch reagiert (Hautausschlag, Juckreiz, Atemnot)? Wenn ja, worauf? ja nein
-
- Hat Ihr Kind eine Störung der Blutgerinnung (Neigung zu Blutergüssen, häufiges Nasenbluten, langes Bluten) oder eine Bluterkrankung? ja nein
-
- Leidet Ihr Kind an einer körperlichen oder geistigen Behinderung? Welche? ja nein
-

Hiermit bestätige ich, die Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Datum Unterschrift der Eltern / des gesetzlichen Vertreters.....