Patientenname und -adresse:

Doku **An 2K Narkose bei Kindern**

FRAGEBOGEN zur Krankenvorgeschichte des Patienten (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne dabei. Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen und ergänzen.
Bitte bringen Sie den Impfpass Ihres Kindes sowie andere eventuell vorhandene Ausweise (z.B. Allergie-, Diabetikerausweis, Herzpass, Narkosepass) mit.

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN:

Vorgesehener Eingriff: _____

Anästhesie: _____

Datum: _____

☐ ambulant ☐ stationär

Alter: _____ Jahre Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Geschlecht: _____

n = nein j = ja

1. **War Ihr Kind ein Frühgeborenes?** ☐ n ☐ j
   Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____
   Wenn ja, welches Geburtsgewicht? _____
   Wenn ja, war nach der Geburt eine **Atemhilfe** erforderlich? ☐ n ☐ j
2. Wurde Ihr Kind in den letzten 4 Monaten **ärztlich behandelt**? ☐ n ☐ j
   Wenn ja, weswegen? _____
   Hat Ihr Kind zurzeit oder hatte es in den letzten 4 Wochen einen **Infekt der Atemwege**? ☐ n ☐ j
   Wenn ja, seit wann? _____
   Hat Ihr Kind eine **andere Infektion** (z.B. Magen-/Darminfektion, Durchfall) oder **andere Beschwerden**? ☐ n ☐ j
   Wenn ja, welche? _____
   Wurde Ihr Kind in den letzten 14 Tagen **geimpft**? ☐ n ☐ j
   Wenn ja, wogegen? _____
   Wenn ja, traten Beschwerden auf? ☐ n ☐ j
   Wenn ja, welche? _____
3. Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen **Medikamente** eingenommen? ☐ n ☐ j
   Wenn ja, welche? _____
4. Wurde Ihr Kind schon einmal **operiert**? ☐ n ☐ j
   Wenn ja, bitte Eingriff und Jahr angeben: _____
5. Wurde schon einmal eine **Sedierung, Narkose, Regionalanästhesie oder örtliche Betäubung** (z.B. beim Zahnarzt) durchgeführt? ☐ n ☐ j
   Wenn ja, traten **Beschwerden** (z.B. Fieber) auf? ☐ n ☐ j
   Wenn ja, welche? _____
   Traten bei Blutsverwandten Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Anästhesie auf? ☐ n ☐ j
   Neigt Ihr Kind zu **Übelkeit und Erbrechen** (z.B. auf Reisen)? ☐ n ☐ j
6. Hat Ihr Kind **körperfremde/metallische Gegenstände** am oder im Körper (z.B. Piercings, Prothese)? ☐ n ☐ j
   Wenn ja, welche? _____
   Wenn ja, wo? _____
7. **Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind folgende Erkrankungen oder Krankheitszeichen?**

Herz/Kreislauf: z.B. eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit, Atemnot und Blauwerden bei Anstrengung, Herzfehler, sonstige Herzerkrankungen ☐ n ☐ j
Wenn ja, welche? _____

Atemwege/Lunge: z.B. Bronchitis, Asthma, Pseudo-Krupp, Lungenentzündung, Tuberkulose, Schnarchen, Schlafapnoe, Stimmbandlähmung ☐ n ☐ j
Wenn ja, welche? _____

Blut/Gerinnung: z.B. Blutungsneigung/Gerinnungsstörungen, auch bei Blutsverwandten, Neigung zu blauen Flecken, häufiges Nasen-/Zahnfleischbluten, auffällig langes Bluten, z.B. nach Verletzungen/Operationen ☐ n ☐ j
Wenn ja, welche? _____

Leber/Nieren: z.B. Gelbsucht nach der Neugeborenenperiode, erhöhte Kreatininwerte, Nierenentzündung, Nierenerkrankung, Dialysepflicht ☐ n ☐ j
Wenn ja, welche? _____

Stoffwechsel: z.B. Diabetes ☐ n ☐ j
Wenn ja, welche? _____

Schilddrüse: z.B. Unterfunktion, Überfunktion ☐ n ☐ j
Wenn ja, welche? _____

Skelett: z.B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen ☐ n ☐ j
Wenn ja, welche? _____

Muskeln: z.B. Muskelschwäche, Muskelerkrankungen, auch bei Blutsverwandten, Veranlagung zur Temperaturentgleisung (maligne Hyperthermie) ☐ n ☐ j
Wenn ja, welche? _____

Nerven: z.B. Nervenkrankheit, Krampfanfälle (Epilepsie), chronische Schmerzen, häufige Kopfschmerzen ☐ n ☐ j
Wenn ja, welche? _____
Traten bei Fieber Zuckungen oder Krämpfe auf? ☐ n ☐ j

Psyche: z.B. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), Depression ☐ n ☐ j
Wenn ja, welche? _____

Augen: z.B. Grüner Star, Kontaktlinsen, Schielen ☐ n ☐ j
Wenn ja, welche? _____

Ohren: z.B. Schwerhörigkeit, Hörgerät ☐ n ☐ j
Wenn ja, welche? _____

Diomed-Aufklärungssystem · Empfohlen vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. im Einvernehmen mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. · Herausgeber: Prof. K. Ulsenheimer (Medizinrecht) · Gründungshrsg.: Prof. W. Weißauer · Fachgebietshrsg.: Prof. B. Landauer · Autoren: Prof. F.-J. Kretz, Prof. W. Weißauer · Copyright 2013 by Diomed in Thieme Compliance GmbH
Am Weichselgarten 30 · 91058 Erlangen · Telefon 09131 93406-40 · Fax 09131 93406-70.
www.diomed.de
Vervielfältigungen jeglicher Art, auch Fotokopieren, verboten.
Red. 02/2013v4
PDF 03/2014
Bestell-Nr. 1009

Allergie (z.B. Heuschnupfen) oder **Unverträglichkeitsreaktionen** (z.B. auf Nahrungsmittel, Medikamente, Betäubungsmittel, Schmerzmittel, Desinfektionsmittel, Jod, Pflaster, Latex, etc.)? ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

8. **Andere Erkrankungen/Behinderungen/Immunschwäche?** ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

9. Hat Ihr Kind lockere oder kariöse **Zähne** bzw. **Milchzähne** oder eine **Regulierungsspange**? ☐ n ☐ j
10. **Raucht** Ihr Kind? ☐ n ☐ j

Ist Ihr Kind **Passivrauch** ausgesetzt? ☐ n ☐ j

11. Trinkt Ihr Kind **Alkohol**? ☐ n ☐ j
12. Nimmt oder nahm Ihr Kind **Drogen**? ☐ n ☐ j
13. **Zusatzfrage bei Frauen:**

Könnte eine **Schwangerschaft** bestehen? ☐ n ☐ j

14. Sonstige Umstände, die Ihnen wichtig erscheinen? ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

ZUSATZFRAGEN FÜR AMBULANTE EINGRIFFE

1. Wo sind Sie und Ihr Kind in den ersten 24 Stunden nach der Narkose erreichbar (Straße, Hausnr., Ort, Telefonnr.)?
2. Wer betreut Ihr Kind in den ersten 24 Stunden nach der Narkose ständig (Name und Alter)? _____
3. Wie weit ist das nächste Krankenhaus/die nächste Notfallpraxis vom Aufenthaltsort Ihres Kindes entfernt (km, Fahrtdauer)? _____
4. Könnten Sie und Ihr Kind schnell in das nächste Krankenhaus/die nächste Notfallpraxis gebracht werden? ☐ n ☐ j

Dokumentation der Aufklärung und der Einwilligung

Hinweis für die Ärztin/den Arzt: Bitte die zutreffenden Kästchen ankreuzen, Textstellen unterstreichen und individuellen Text an den vorgesehenen Stellen handschriftlich ergänzen.

Vermerke der Ärztin/des Arztes _____ **zum Aufklärungsgespräch**
(Name)

Erörtert wurden v.a.: das geplante Narkoseverfahren, ggf. Off-Label-Use von Medikamenten, Risiken und mögliche Komplikationen der Narkose, risikoerhöhende Umstände (z.B. Vor-/Begleiterkrankungen), etwaige Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Legen von Kathetern, Bluttransfusion, intraossäre Injektion/Infusion), Verhaltenshinweise sowie (bitte hier insbesondere individuelle Gesprächsinhalte, z.B. die Ablehnung bestimmter Verfahren/Maßnahmen, nachteilige Folgen der Ablehnung, Feststellung der Einsichtsfähigkeit Minderjähriger, gesetzliche Vertretung, Betreuungsfall, Bevollmächtigter, und ggf. spezielle Vermerke zum Info-Teil dokumentieren):

Anmerkungen des Arztes zum Zahnstatus des Kindes:

Folgendes **Narkoseverfahren** bzw. folgende **Kombination von Narkoseverfahren** ist vorgesehen:

- ☐ **Inhalationsnarkose**
- ☐ **intravenöse Narkose**
- ☐ mit Atemmaske
- ☐ mit Kehlkopfmaske (Larynxmaske)
- ☐ mit endotrachealer Intubation

EINWILLIGUNG

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich fühle mich ausreichend informiert, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Ich willige in die oben vermerkte Narkose ein. Mit medizinisch notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Betäubungsverfahrens sowie mit medizinisch erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich ebenfalls einverstanden. Den Fragebogen (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Ort, Datum, Uhrzeit	Eltern*	Ärztin/Arzt

*** Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt. Bei schwereren Eingriffen sollten grundsätzlich beide Eltern unterschreiben.**