

9. Hat Ihr Kind wackelnde oder kariöse **Zähne**, eine Regulierungsspanne, Zahnprothese (z.B. Krone, Brücke, Stiftzahn)? N J

Zahnstatus (wird vom Arzt ausgefüllt)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
Re								Li							
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

e = ersetzte Zähne c = kariöse Defekte
 k = Krone f = fehlende Zähne
 b = Brücke z = zerstörte Zähne

10. Raucht Ihr Kind? N J

Wieviel täglich? _____

Ist Ihr Kind **Passivraucher**? N J

11. Nimmt oder nahm Ihr Kind **Drogen**? N J

Welche? _____

12. Sonstige Umstände, die Ihnen wichtig erscheinen? _____

Zusatzfragen für ambulante Eingriffe

1. Wo sind Sie/Ihr Kind in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff ständig erreichbar?

Ort, Straße, Hausnummer _____

Telefonnummer: _____

2. Wer **betreut** Ihr Kind in dieser Zeit **ständig**?

Name und Alter: _____

3. Innerhalb welcher Zeit sind Sie/Ihr Kind von unserer Praxis/Klinik/der Praxis des Hausarztes aus erreichbar? _____ Minuten

4. Wie lange brauchen Sie, um das nächstgelegene Krankenhaus zu erreichen? _____ Minuten

5. Steht Ihnen ein Auto mit Fahrer zur Verfügung oder ist ein Taxi schnell erreichbar? N J

6. **Hausarzt/überweisender Arzt:** _____
Name

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefonnummer _____

Dokumentation des Aufklärungsgesprächs

Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen.

- Den **Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.
Die Fragen zur **Krankenvorgeschichte (Anamnese)** habe ich nach bestem Wissen beantwortet.
- Den **abgetrennten Info-Teil** bzw. ein **Zweitstück des Bogens** habe ich zum Mitnehmen und Aufbewahren erhalten.
Die **Verhaltenshinweise** werde ich beachten.

Vermerke der Ärztin/des Arztes (Name) _____

zum Aufklärungsgespräch:

Erörtert wurden z.B.: das geplante Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Verfahren, Risiken und mögliche Komplikationen der Betäubungsverfahren, Risiken spezieller Verfahren, risikoerhöhende Besonderheiten, Verhaltenshinweise vor und nach dem Eingriff, Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Legen eines Katheters, Bluttransfusion, Eigenblutspende) sowie (bitte hier auch etwaige Änderungen des Info-Teils vermerken):

Einwilligung

Wir haben uns unsere Entscheidung gründlich überlegt; wir benötigen keine weitere Überlegungsfrist.

Für die vorgesehene Untersuchung/Behandlung/Operation (bitte bezeichnen) _____ **willigen wir ein in eine**

- Narkose**. Vorgesehen ist eine **Maskennarkose** **Larynxmaske** **Intubationsnarkose**
 Spinalanästhesie **lumbale Periduralanästhesie** **kaudale Periduralanästhesie**
 Armplexusanästhesie **Spezielles Verfahren:**

und in notwendige Änderungen/Erweiterungen des Anästhesieverfahrens sowie in erforderliche Neben- und Folgeeingriffe.

Falls Sie bestimmte Anästhesieverfahren oder einzelne Maßnahmen ablehnen, bitte bezeichnen:

Datum, Uhrzeit

Mutter/Vater/Sorgeberechtigte*

Ärztin/Arzt

Weiterer Eingriff

Wir sind einverstanden, dass folgende weitere Untersuchung/Behandlung/Operation

_____ (bitte Eingriff bezeichnen)

in _____ (bitte eines der o.g. Anästhesieverfahren bezeichnen)

erfolgt.

Datum, Uhrzeit

Mutter/Vater/Sorgeberechtigte*

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.**

Tel.-Nr. der Eltern privat: _____

Tel.-Nr. der Arbeitsstelle: _____

Wird vom Arzt ausgefüllt:	Vorgesehener Eingriff: _____
	Anästhesie: _____
	Termin: _____ ASA: _____

Fragebogen (Anamnese)

bitte vor dem Aufklärungsgespräch ausfüllen!

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen. N = Nein J = Ja

Alter: _____ Jahre

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

1. War Ihr Kind ein Frühgeborenes? N J

Welche Schwangerschaftswoche?

Geburtsgewicht:

War nach der Geburt eine **Atemhilfe** erforderlich? N J

2. Wurde Ihr Kind in den letzten 4 Monaten **ärztlich behandelt**? Weswegen? N J

Hat es zurzeit oder hatte es in den letzten 3 Wochen einen **Infekt der oberen Luftwege**? N J

Seit wann?

Leidet es an einer **anderen Infektion**? N J

Wurde Ihr Kind in den letzten 14 Tagen **geimpft**? N J

Wogegen?

(Bitte Impfpass vorlegen.)

Traten Beschwerden auf? N J

3. Nahm Ihr Kind in den vergangenen Tagen oder Wochen **Medikamente** ein? N J

Welche? _____

4. Wurde Ihr Kind schon einmal **operiert**? N J

(Bitte Eingriff und Jahr bezeichnen.)

5. Traten nach einer **früheren Narkose/Regionalanästhesie/örtlichen Betäubung** Beschwerden auf? N J

Welche? _____

Traten bei Blutsverwandten Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Anästhesie auf? N J

6. Wurden Ihrem Kind schon einmal **Blut oder Blutbestandteile** (Transfusion) übertragen? Gab es Komplikationen? N J

7. Bestehen oder bestanden **folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen**?

Herz/Kreislauf: Ist die körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt? Zeigt Ihr Kind Atemnot und Blauwerden bei Anstrengung? Herzfehler? Herzerkrankungen? N J

oder _____
(Bitte ggf. Herzpass vorlegen.)

Atemwege/Lunge: Bronchitis, Asthma, Pseudo-Krupp, Lungenentzündung, Tuberkulose, Schlafapnoe, Stimmbandähmung N J

oder _____

Wann zuletzt?

Leber/Nieren: Gelbsucht nach der Neugeborenenperiode, schwere Nierenfunktionsstörungen, Dialysepflicht N J

oder _____

Stoffwechsel: Diabetes, häufiges Erbrechen N J

oder _____

Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Kropf N J

oder _____

Nerven: Nervenkrankheit, Krampfanfälle (Epilepsie), häufige Kopfschmerzen N J

oder

Traten bei Fieber Zuckungen oder Krämpfe auf? N J

Psyche: Leidet Ihr Kind unter einem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)? N J

oder

Augen: Grüner Star, Kontaktlinsen, Schielen N J

oder

Blut: Häufiges Nasenbluten, auffällig langes Bluten nach Verletzungen, blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Blutungsneigung bei Blutsverwandten N J

oder _____

Muskeln, Skelett: Muskelschwäche, Muskel-erkrankungen, auch bei Blutsverwandten N J

oder

Allergie (z.B. Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeit** gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Betäubungs-/Schmerz-/Desinfektionsmittel, Jod, Pflaster, Latex N J

oder _____

8. **Andere Erkrankungen / Behinderungen?** N J

Chronische Schmerzen? N J

