

Einwilligungserklärung

Ich habe die Aufklärungsbroschüre "Informationen zur Anästhesie für ambulante Eingriffe in Arzt- und Zahnarztpraxen" gelesen und habe mich allenfalls auch noch auf der Homepage www.praxis-anaesthesie.ch informiert. Ich bin von

Frau / Herrn Dr. _____

über das Anästhesieverfahren für mein Kind (Möglichkeiten, Verhalten vorher und nachher, Ablauf, Nebenwirkungen und Risiken) aufgeklärt worden.

Ich habe die gegebenen Informationen verstanden, die Verhaltensrichtlinien zur Kenntnis genommen und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen. Ich bin mit dem besprochenen Vorgehen einverstanden, ebenso mit eventuellen Änderungen und Erweiterungen, die sich für die optimale Betreuung meines Kindes als notwendig erweisen.

Notizen der Anästhesieärztin / des Anästhesiearztes:

Ich willige ein, dass der geplante operative Eingriff / die Zahnbehandlung bei meinem Kind in Vollnarkose durchgeführt wird.

Datum: _____

Unterschrift der Eltern: _____

Unterschrift des Anästhesiearztes: _____

Bitte senden Sie diesen Fragebogen möglichst bald mit dem zur Verfügung gestellten Rückantwortcouvert an Ihren Anästhesiearzt. Wenn dies aus zeitlichen Gründen nicht möglich ist, bringen Sie ihn zur Behandlung mit.

Gesundheitsfragebogen (Kinder)

Auf unserer Homepage, www.praxis-anaesthesie.ch, finden Sie diesen Fragebogen auch in folgenden Sprachen: Français, Italiano, English, Español, Português, Srpskohrvatski, Shqipja, Türkçe

Bitte möglichst genau und vollständig ausfüllen!

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geplantes Operationsdatum: _____

Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg Geschlecht: w m

Wer wird Ihr Kind operieren: Dr. _____

Wurde Ihr Kind früher schon einmal operiert? Wenn ja: Ja Nein
Jahr Operation

Sind die Narkosen komplikationslos verlaufen? Ja Nein

Wenn nein, welche Probleme / Komplikationen sind aufgetreten?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen | <input type="checkbox"/> Anhaltender Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Frieren und Kältezittern | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Hörprobleme |
| <input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen | <input type="checkbox"/> Lähmungen |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |

Sind in Ihrer Verwandtschaft Zwischenfälle bei Anästhesien aufgetreten?

Ja Nein

Geburt, Säuglingszeit

Ist Ihr Kind ein Frühgeborenes? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Woche der Schwangerschaft kam es zur Welt? _____ Schwangerschaftswoche

Gab es besondere Probleme während den ersten Lebenswochen? Wenn ja, welche? _____

Brauchte Ihr Kind während den ersten 6 Lebensmonaten medizinische Behandlungen? Wenn ja, welche? _____

Leidet oder litt Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

Bitte ankreuzen und zutreffendes unterstreichen oder ergänzen

Herzerkrankungen? Ja Nein

(z.B. Herzfehler, Herzgeräusch, Atemnot bei Anstrengungen)

Lungen- und Atemwegserkrankungen? Ja Nein

(z.B. Asthma, Bronchitis)

Stoffwechselerkrankungen? Ja Nein

(z.B. Zuckerkrankheit)

Erkrankungen des Nervensystems? Ja Nein

(z.B. Epilepsie, Lähmungen, Entwicklungsrückstand)

Erkrankungen des Blutes und der Blutgerinnung? Ja Nein

(Blutarmut, Neigung zu blauen Flecken, häufiges Nasenbluten, Leukämie)

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? Ja Nein

(Heuschnupfen, Medikamente, Nahrungsmittel, Latex, Pflaster, Insektengifte, Metalle)

Leidet Ihr Kind an anderen Erkrankungen? Ja Nein

Welche?: _____

Aktueller Gesundheitszustand

Haben Sie den Eindruck, dass die körperliche Leistungsfähigkeit Ihres Kindes schwächer ist, als die seiner Altersgenossen? Ja Nein

Ist Ihr Kind zur Zeit erkältet? Ja Nein

- Kann es durch die Nase atmen? Ja Nein

- Hustet es? Ja Nein

- Hat es Fieber? Ja Nein

Trägt Ihr Kind eine Brille? Ja Nein

Benötigt Ihr Kind ein Hörgerät? Ja Nein

Hat Ihr Kind lockere Zähne? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein? Ja Nein

Welche? Bitte alle angeben:

Haben Sie mit Ihrem Kind über die bevorstehende Operation gesprochen?

Ja Nein

Zusätzliche Bemerkungen
