

Anaesthesie  
Leitender Arzt:  
Dr. med. B. Krotsch  
Facharzt für Anaesthesie  
Station: \_\_\_\_\_  
Zimmer: \_\_\_\_\_  
Arztwahl  ja  nein

---

## Anamnesebogen und Einwilligungsformular für Kinder\*

### Liebe Eltern!

Durch Ihre Mitarbeit helfen Sie uns, das Beste für die Sicherheit Ihres Kindes zu tun! Bedenken Sie bei unseren Fragen, daß der Anaesthetist für die Schmerzfremheit während der Operation und für die Überwachung und Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Funktionen (Atmung, Herz und Kreislauf) zu sorgen hat.

Ihre Antworten sollen dem Anaesthetisten ein Bild über den Gesundheitszustand Ihres Kindes vermitteln. Jede Frage bezieht sich auf bestimmte, zum Teil geringfügige Risiken. Auch bei gesundheitlicher Vorbelastung sind schwere Anaesthesiezwisehenfälle (Herz, Kreislauf, Atmung, Nervensystem) sehr selten.

Bestimmte Eingriffe können statt in Narkose in örtlicher Betäubung (Lokal-, Regionalanaesthesie) durchgeführt werden. Sie belastet im allgemeinen den Organismus nur wenig.

Aufgrund Ihrer Antworten wählen wir das für Ihr Kind günstigste Anaesthesieverfahren aus. Falls Sie im Zusammenhang mit der Anaesthesie spezielle Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Stationschwester, die Ihnen einen Gesprächstermin mit dem zuständigen Arzt vermitteln wird.

Falls Sie keine speziellen Fragen haben, bitten wir Sie, Ihr Einverständnis mit der Durchführung der Anaesthesie durch Ihre Unterschrift am Schluß dieses Fragebogens zu bestätigen.

1. Ist die Geburt Ihres Kindes normal verlaufen? Wenn nein,  ja  nein welche Schwierigkeiten gab es?  
\_\_\_\_\_

2. Wurde das Kind zu früh geboren?  ja  nein

3. Hat das Kind folgende Kinderkrankheiten durchgemacht (Jahreszahl angeben):

Windpocken \_\_\_\_\_

Scharlach \_\_\_\_\_

Keuchhusten \_\_\_\_\_

Mumps \_\_\_\_\_

Diphtherie \_\_\_\_\_

Röteln \_\_\_\_\_

4. Befand sich Ihr Kind in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, wegen welcher Behandlung?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?  ja  nein  
Wenn ja, weshalb und wann?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*) Nach einer Empfehlung des Berufsverbandes Deutscher Anaesthetisten vom Juni 1978 (Anaesth. Inform 19 [1978], 245).

7. Hat Ihr Kind die Anaesthetie gut vertragen?  
Wenn nein, welche Schwierigkeiten sind aufgetreten?  ja  nein

8. Hat Ihr Kind bereits einmal eine Blutübertragung erhalten?  ja  nein

## Besondere Fragen

### 9. Herz und Kreislauf

Ist das Kind voll leistungsfähig? (spielt, turnt es?)  ja  nein

Wird das Kind bei großen Anstrengungen blau?  ja  nein

Hat das Kind starke Atemnot bei Anstrengung?  ja  nein

Ist ein Herzfehler bekannt?  ja  nein

Angaben: \_\_\_\_\_

### 10. Lunge

Leidet das Kind häufig an Bronchitis?  ja  nein

Hat es dabei Atemnot gehabt?  ja  nein

Hat das Kind Asthma?  ja  nein

Ist eine Tuberkulose bekannt?  ja  nein

Angaben: \_\_\_\_\_

### 11. Leber, Niere, Blutungsneigung

Hat das Kind eine Gelbsucht durchgemacht?  ja  nein

Hat das Kind vermehrte Blutungsneigung?  ja  nein

Bekommt es sehr leicht blaue Flecken?  ja  nein

Hat das Kind häufiger Blasenentzündung?  ja  nein

Hat es Infektionen der Harnwege mit hohem Fieber durchgemacht?  ja  nein

### Angaben zur Eigenblutspende:

Haben Sie für die bevorstehende Operation Eigenblut gespendet?

ja  nein Wenn ja:  Plasma  Blut

Wo hat die Spende stattgefunden? \_\_\_\_\_

### Sonstige Besonderheiten:

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

## 12. Gehirn und Nervensystem

Leidet das Kind an einer Nervenkrankheit?  ja  nein

Ist eine Muskelschwäche bekannt?  ja  nein

Hat das Kind bei Fieber Zuckungen oder Muskelschwäche gehabt?  ja  nein

Hat das Kind ein Krampfleiden?  ja  nein

Angaben zu Besonderheiten:

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

Hat das Kind eine Augenerkrankung?  ja  nein

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

## 13. Überempfindlichkeiten

Leidet das Kind an Heuschnupfen?  ja  nein

Hat es Ausschläge auf Medikamente oder andere Substanzen bekommen?  ja  nein

Auf welche? \_\_\_\_\_

## 14. Stoffwechsel

Leidet das Kind an Zuckerkrankheit?  ja  nein

Hat das Kind eine andere Erkrankung der Hormondrüsen (Schilddrüse, Nebenniere oder die Geschlechtsdrüse)?  ja  nein

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

## Sonstige Fragen

15. Hat Ihr Kind ein schadhaftes Gebiß?  ja  nein

16. Neigt Ihr Kind zu Erkältungen?  ja  nein

17. Leidet Ihr Kind öfters an Mandelentzündung?  ja  nein

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

18. Hatte Ihr Kind Ohrenerkrankungen?  ja  nein

# Erklärung des/der Patienten/in zum Aufklärungsgespräch

Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_ hat heute mit mir anhand meiner Antworten ein Aufklärungsgespräch über das Anaesthesieverfahren geführt. Ich konnte alle mich interessierenden Fragen, insbesondere nach der Art des Verfahrens und seinen spezifischen Risiken, nach der Vor- und Nachbehandlung sowie etwaigen Nebeneingriffen, stellen.

Über Risiken und Komplikationen folgender Zusatzmaßnahmen wurde ich eingehend aufgeklärt.

1. Intubation (Zahnschaden, Kehlkopfläsion)
2. Bluttransfusion (Infektion, z. B. Hepatitis, AIDS, allergische Reaktionen)
3. Zentraler Venenkatheter (Infektion, Blutung, Nervenläsion, Lungenverletzung, Thrombose)
4. Arterielle Blutdruckmessung (Infektion, Thrombose, Durchblutungsstörungen)
5. Periduralanaesthesie (Infektion, Blutung, Nervenläsion, Querschnitt, Unverträglichkeitsreaktion [allergisch], Duraperforation)
6. Spinalanaesthesie (Infektion, Blutung, Nervenläsion, Querschnitt, Postspinaler Kopfschmerz, Harnverhalt)
7. Kontrollierte Hypotension (Durchblutungsstörungen lebenswichtiger Organe)
8. Magensonde
9. Haemodilution/intraoperative Autotransfusion
10. Blasenkatheter
11. Postoperative Nachbeatmung

Ich habe keine weiteren Fragen.

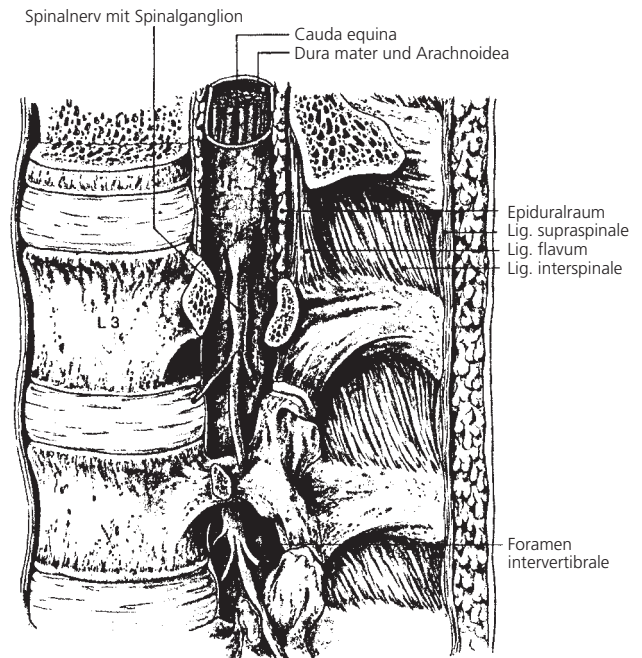


Abb. Lendenwirbelsäule:  
Längsschnitt parallel und nahe zur Mittellinie.

## Einwilligungserklärung

Ich willige hiermit in eine Narkose/Regionalanaesthesie bei meinem Kind \_\_\_\_\_ für folgenden Eingriff \_\_\_\_\_ sowie in die sie vorbereitende und begleitende Behandlung (z. B. Infusionen, Bluttransfusionen, Behandlung der Herz- und Lungenfunktion) einschließlich der erforderlichen Nachbehandlung ein. Ich bin mit medizinisch angezeigten Änderungen und Erweiterungen des Anaesthesieverfahrens einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Einwilligungserklärung entgegennimmt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten

Ich erkläre meine Einwilligung in die Narkose/Regionalanaesthesie für folgende weitere Eingriffe \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Einwilligungserklärung entgegennimmt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten

# Abschließender Befund des Anaesthesisten

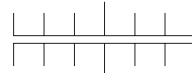
Blutgruppe	Rh-Fakt.	Anz. Kons.

Geplante Operation bzw. gegenw. Erkrankung \_\_\_\_\_

## Präoperative Risiko-Checkliste

0	1	2	4	8	16	Pkt.	Befunde
Geplante Operation nicht dringlich	Geplante Operation, dringlich	Nicht geplante Op., dringlich	Soforteingriff				Blutdruck:
Oberflächenchirurgie	Extremitäteneingriff	Operation mit Eröffnung der Bauchhöhle	Operation mit Eröffnung von Thorax o. Schädel	Zweihöhleneingriff	Polytrauma/Schock		Herzfrequenz:
Alter 1-39 Jahre	0- 1 Jahre 40-69 Jahre	70-79 Jahre	> 80 Jahre				Temp.:
Voraussichtl. Op.-Zeit > 60 Min.	61-120 Min.	121-180 Min.	> 180 Min.				Hb.
Normgewicht ± 10%	10-15% Untergewicht	10-30% Übergewicht 15-25% Übergewicht	> 30% Übergewicht				Hkt:
Normotonie < 160, > 95 mm Hg	Behandelte Hypertonie (kontrolliert)	Unbeh. oder kurzfristig behandelte Hypertonie	Unbeh. Hypertonie				Kreatinin:
Herzleistung normal	Rekomp. Herzinsuff.	Angina pectoris			Dekomp. Herzinsuff.		Blutz.:
EKG normal	Mäßige EKG-Veränd.	Schrittmacher-EKG	Fehlend. Sinusrhythmus > 5 ventrik. Extrasyst.(Min.				Transam.:
Kein Herzinfarkt	Herzinfarkt > 2 Jahre	Herzinfarkt > 1 Jahr	Herzinfarkt > 6 Mon.	Herzinfarkt < 6 Mon.	Herzinfarkt < 3 Mon.		K:
Atmung normal	Obstruktion beh.	Obstruktion unbeh.	Bronchopulmonaler Infekt. Pneumonie	Restriktion	Manifeste Atemin. suffizienz; Cyanose		Na:
Laborwerte Leber normal	Laborwerte Leber leichte Veränderungen	Laborwerte Leber schwer. Veränderungen					Ges. Eiw.:
Laborwerte Niere normal	Laborwerte Niere leichte Veränderungen	Laborwerte Niere schwer. Veränderungen					Quick:
Laborw. SBH u. Elektr. normal	Laborw. SBH u. Elektr. leichte Veränderungen	Laborw. SBH u. Elektr. schwer. Veränderungen					Thrombocyten:
Hb > 12,5 g %	Hb 12,5-10,0 g %	Hb < 10,0 g %					Größe (cm):
						Anzahl Punkte	Gewicht (kg):

Risikogruppe	I	II	III	IV	V
Punkte	0-2	3-5	6-10	11-20	> 20

Zahnstatus 

Allergien: \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikamente: \_\_\_\_\_

EKG: \_\_\_\_\_

Rö. Thorax: \_\_\_\_\_

M1	M2	M3	Allen-Test	re.
				li.

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

### Prämedikation

Datum	Uhrzeit	Art des Medikamentes	Dos (mg)	Appl.-Ort	Verabreicht von	Verabr. Uhr

Karlsbad, den \_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Anaesthesisten)

Karlsbad, den \_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Anaesthesisten)