

Name des Patienten; Patientenetikette:

Anästhesie-Einwilligung für Kinder

Liebe Eltern, liebes Kind

Die meisten **Operationen** und schmerzhaften **Untersuchungen** werden heutzutage unter **Ausschaltung der Schmerzempfindung** durch einen **Anästhesisten (Narkosefacharzt)** vorgenommen. **Je nach Erfordernis kann eine Vollnarkose oder eine örtliche Betäubung** angewendet werden.

Ein Anästhesist wird **Sie** und **Ihr Kind** vor dem geplanten Eingriff besuchen, um das für Ihr Kind am besten passende Anästhesieverfahren genauer zu besprechen.

Da die Sicherheit Ihres Kindes von der Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben abhängt, beantworten Sie bitte den umseitigen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen!

Ihre Angaben unterliegen natürlich voll der **ärztlichen Schweigepflicht**, sind jedoch für die Wahl des geeigneten Betäubungsverfahrens, sowie die Dosierung der Medikamente von entscheidender Bedeutung! Falls Sie Fragen haben, so zögern Sie nicht, den Anästhesisten, Stationsärzte oder das Pflegepersonal zu fragen!

Das **Einatmen von Erbrochenem** hat unter Umständen **fatale Folgen**. **Bitte geben Sie Ihrem Kind mind. 6 Stunden vor der Operation nichts mehr zu essen und zu trinken!**

Nach ambulanten Eingriffen ist die Reaktionsfähigkeit Ihres Kindes bis zu 24 Stunden stark beeinträchtigt. Lassen Sie daher Ihr Kind in diesem Zeitraum nicht unbeaufsichtigt und verständigen Sie bei eventuellen Komplikationen den Arzt oder die Rettung; bzw. bringen Sie das Kind ins Krankenhaus.

Wann hat das zu operierende Kind das letzte Mal etwas gegessen, Kaugummi gekaut oder zB Bonbons gegessen? Tag: _____ Uhrzeit _____

Wann hat das zu operierende Kind das letzte Mal etwas getrunken? Tag: _____ Uhrzeit _____

Einwilligungserklärung

Ich habe die mit diesem Blatt erhaltenen Informationen, den Fragebogen sowie die Ausführungen des Anästhesiarztes vollinhaltlich verstanden und habe keine weiteren Fragen mehr.

Ich willige in das bei meinem Kind geplante Anästhesieverfahren

Vollnarkose

örtliche Betäubung

samt eventuell notwendigen Nebeneingriffen (Infusionen, Bluttransfusionen, zentraler Venenkatheter, Nachbehandlung...) ein und wurde über die daraus erwachsenen **Risiken ausreichend informiert**. Mit zusätzlichen Maßnahmen, die sich aufgrund unvorhergesehener Ereignisse ergeben, bin ich grundsätzlich einverstanden. Auf die Möglichkeit der Eigenblutspende wurde ich hingewiesen.

Ich habe noch Vorbehalte und/oder Fragen bezüglich: _____

Eltern wurden aufgeklärt über: _____

Unterschrift des Arztes:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

Datum: _____

Datum: _____

Name des Patienten (des Kindes):			
1.	Alter des Kindes (Jahre):	Größe cm:	Gewicht (kg):
2.	Leistungsfähigkeit (vergl. mit Gleichaltrigen)	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> eingeschränkt
Mein Kind (Patient)...			
3.	War eine Frühgeburt	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
4.	Ist allergisch (Tierhaare, Medikamente...)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar auf
5.	Verträgt bestimmte Medikamente nicht	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
6.	Nimmt regelmäßig Medikamente	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
7.	Hatte Operationen (Datum in Klammer)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
8.	Hatte bei Narkosen Schwierigkeiten	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
9.	Ist ständig oder manchmal in ärztlicher Behandlung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar wegen
10.	Hat Bluttransfusionen bekommen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Komplikationen
11.	Wurde in den letzten 3 Wochen geimpft	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar gegen
12.	Hat schlechte oder lockere Zähne	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
13.	Verträgt kein Obst	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
14.	Neigt zu Blutungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
15.	Hatte Fieberkrämpfe	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar zuletzt
16.	Hat häufig Atemwegsinfekte (Angina, Otitis...)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar zuletzt
17. Hatte folgende Kinderkrankheiten: (Datum in Klammer)			
18. Leidet oder litt an einer der folgenden Krankheiten:			
a.	Herz (Herzfehler, Blaues Baby...)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
b.	Kreislauf (Bluthochdruck, Kollapsneigung)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
c.	Blut- oder Gefäß (Blutkrankheit, Anämie, Aids...)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
d.	Lungen (chron. Bronchitis, Asthma, Tuberkulose...)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
e.	Leber (Gelbsucht, Hepatitis...)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
f.	Nieren (häufig Harnwegsinfekte...)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
g.	Stoffwechsel (Diabetes, Mukoviszidose...)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
h.	Muskel (Maligne Hyperthermie, Kinderlähmung...)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
i.	Knochen (Rachitis...)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
j.	Nerven- oder Gemütsleiden (Epilepsie...)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
k.	Augenleiden (Schielen, Grüner Star...)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
l.	Krebserkrankungen (Leukämie, Neuroblastom, Wilms-Tumor...)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
m.	Angeborene Fehlbildung (Hydrozephalus...)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, und zwar
19. Ein Blutsverwandter hat(t)e:			
	eine Muskelerkrankung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
	eine Bluterkrankung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
	einen Narkosezwischenfall	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja