



Gesundheitsfragebogen Anästhesie für Kinder

1. Persönliche Angaben

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Grösse (cm) _____ Gewicht (kg) _____

2. War Ihr Kind aufgrund gesundheitlicher Probleme / von Eingriffen schon in einem Spital?

Ja Nein

Wenn ja, wann?	Wenn ja, wo?	Wenn ja, weshalb?

3. War Ihr Kind eine Frühgeburt?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche war die Geburt? _____

Gab es Komplikationen? _____

4. Hat ihr Kind eine Behinderung oder besteht ein besonderer Förderungsbedarf?

Ja Nein

Wenn ja, welche/welchen?

Bitte auch Seiten 2 und 3 vollständig ausfüllen.

5. Hat Ihr Kind in letzter Zeit einen Spezialisten aufgrund einer Erkrankung aufgesucht?

Ja Nein

Wenn ja, listen Sie bitte auf:

Vorname / Name der*des Ärzt*in	Telefonnummer	Warum?	Wann?

6. Hat Ihr Kind Allergien?

Ja Nein

Wenn ja, welche? (Z.B. Medikamente, Pflaster, Jod, Latex, Nahrungsmittel)

7. Hatte Ihr Kind jemals Probleme mit einer Narkose?

Ja Nein

Wenn ja, bitte erläutern Sie:

8. Nimmt ihr Kind regelmässig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welches Medikament?	Wie oft nimmt Ihr Kind das Medikament ein?

Bitte auch Seiten 1 und 3 vollständig ausfüllen.

9. Sind in Ihrer Familie Probleme im Zusammenhang mit einer Narkose bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte erläutern Sie:

10. Hat oder hatte Ihr Kind eines der unter aufgeführten Gesundheitsprobleme?

Herzprobleme	Ja, welche?	Nein
Asthma	Ja, wann?	Nein
Andere Atemprobleme	Ja, welche?	Nein
Magenbrennen/saures Aufstossen	Ja, wann?	Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	Ja	Normal
Krampfanfälle (Epilepsie)	Ja, wie oft?	Nein
Schwindel	Ja, wann?	Nein
Platzangst	Ja, wann?	Nein
Rückenprobleme	Ja, welche?	Nein
Häufiges Nasen-/Zahnfleischbluten	Ja	Nein
Häufig blaue Flecken	Ja	Nein
Blutarmut	Ja	Nein
Nierenprobleme	Ja, welche?	Nein
Leberprobleme	Ja, welche?	Nein
Sind die Impfungen Ihres Kindes aktuell?	Ja	Nein
War Ihr Kind in den letzten drei Wochen Masern, Röteln, Windpocken / anderen Infektionskrankheiten ausgesetzt?	Ja, welche?	Nein
Sind in Ihrer Familie Erbkrankheiten bekannt?	Ja, welche?	Nein

11. Leidet Ihr Kind unter anderen, noch nicht erwähnten Gesundheitsproblemen?

Ja Nein

Wenn ja, an welchen?

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit der Angaben:

Ort/Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r