

Gesundheitsfragebogen

für Kinder und Jugendliche bis erfülltes 15. Altersjahr

Bitte möglichst genau und vollständig ausfüllen!

Persönliche Angaben

Name:		Geschlecht:	
Vorname:		<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> anderes
Geburtsdatum:	Grösse	cm	Gewicht kg

Name, Vornamen der Mutter:	
Name, Vornamen des Vaters:	
Strasse:	PLZ, Wohnort:
Telefon privat:	Telefon Geschäft:
Mobile 1:	E-Mail-Adresse:
Mobile 2:	
Wer ist der Kinder- / Hausarzt des Kindes (Name, Adresse, Telefonnummer)	

Geplante Operation / Behandlung

Was wird operiert?	Datum:
Wer wird Ihr Kind operieren / behandeln?	

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? nein

Was?	Wann?
Was?	Wann?
Was?	Wann?

Frühere Anästhesien / Narkosen keine

Sind bei früheren Narkosen Probleme aufgetreten?		Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> Frieren / Kältezittern	<input type="checkbox"/> Anhaltender Schwindel	<input type="checkbox"/> Atembeschwerden	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Hörprobleme	<input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen	<input type="checkbox"/> Lähmungen	
Sind in Ihrer Verwandtschaft Zwischenfälle bei Anästhesien aufgetreten?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?				

Gesundheitszustand

Leidet oder litt Ihr Kind an einer oder mehreren der folgenden Krankheiten?

Herzerkrankung (Herzfehler, Herzgeräusch, Atemnot bei Anstrengungen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung (Asthma, Bronchitis, cystische Fibrose)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Wenn ja: <input type="checkbox"/> mit Insulin <input type="checkbox"/> ohne Insulin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neurologische Erkrankung (Epilepsie, Lähmungen, Entwicklungsrückstand)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erkrankung des Blutes (Anämie (Blutarmut), Neigung zu blauen Flecken, häufiges Nasenbluten, Leukämie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche		

Aktueller Gesundheitszustand

Haben Sie den Eindruck, dass die körperliche Leistungsfähigkeit Ihres Kindes schwächer ist als die seiner Altersgenossinnen und -genossen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht zur Zeit ein Schnupfen oder eine Erkältung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Ist die freie Atmung durch die Nase problemlos möglich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Besteht ein Husten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Besteht erhöhte Körpertemperatur oder Fieber?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trägt Ihr Kind eine Brille?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Benötigt Ihr Kind ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind lockere Zähne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein? Ja Nein

Welches?	Welches?
Welches?	Welches?
Welches?	Welches?

Wenn ja, legen Sie ggf. bitte eine detaillierte Liste bei.

Was weiss Ihr Kind über die bevorstehende Operation / Behandlung?

Es ist sehr wichtig, dass Ihrem Kind entsprechend seinem Alter in einfachen Worten erklärt wird was mit ihm geschehen wird!

Haben Sie mit Ihrem Kind über die bevorstehende Operation gesprochen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Weitere Angaben / Bemerkungen