

Gesundheitsfragebogen

für Kinder und Jugendliche bis erfülltes 15. Altersjahr

Bitte möglichst genau und vollständig ausfüllen!

Persönliche Angaben

Name:		Geschlecht: ☐ w ☐ m ☐ anderes		
Vorname:				
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?	☐ Ja	☐ Nein
☐ Übelkeit / Erbrechen	☐ Frieren / Kältezittern	☐ Anhaltender Schwindel	☐ Atembeschwerden	
☐ Kopfschmerzen	☐ Hörprobleme	☐ Gefühlsstörungen	☐ Lähmungen	
Sind in Ihrer Verwandtschaft Zwischenfälle bei Anästhesien aufgetreten?			☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche?				
Bestehen in der Familie neuromuskuläre Erkrankungen (z.B. Muskeldystrophien)?			☐ Ja	☐ Nein
Bestehen in der Familie Blutgerinnungsstörungen (z.B. Hämophilie A oder B)?			☐ Ja	☐ Nein

Gesundheitszustand

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

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

Aktueller Gesundheitszustand

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

Wird in ihrem Haushalt geraucht? (auch auf dem Balkon)	☐ Ja	☐ Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein?

☐ Ja

☐ Nein

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?	☐ Ja	☐ Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Weitere Angaben / Bemerkungen

Ort, Datum:

Unterschrift: (Erziehungsberechtigte)
