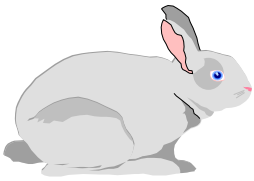


Praxis für ambulante Anästhesie

Anästhesieaufklärungs- und Informationsbogen (Kinder)

Dres. med. Gastmeier / Wendelmuth / Torontali
Fachärzte für Anästhesiologie

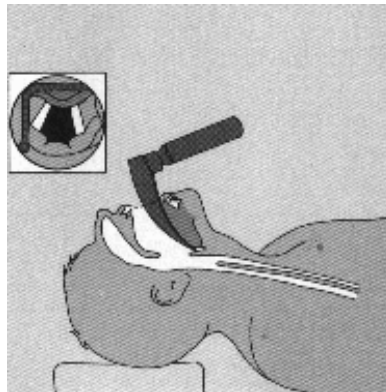
Telefon: 0331 743070; Email: Knud.Gastmeier@t-online.de
Fax: 0331 7430725 www.praxis-gastmeier.de
Karl Marx Str. 42, 14482 Potsdam – Babelsberg



Name: _____	Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Krankenkasse: _____	Telefon: _____	
Straße: _____	Nr.: _____	PLZ: _____ Ort: _____
bei wem versichert: _____	Operation: _____	

Liebe Eltern!

Sie haben sich entschlossen, Ihr Kind ambulant unter Vollnarkose (d. h. medikamentöse Ausschaltung des Bewußtseins und der Schmerzempfindung) operieren zu lassen. Für die Aufrechterhaltung der lebensnotwendigen Funktionen (Atmung und Kreislauf) bin ich als Anästhesist zuständig. Die Narkose wird durch die individuelle Gabe eines Narkosemittels (z. B. Propofol) und eines Schmerzmittels (z.B. Alfentanil) in ein Blutgefäß erreicht. In Abhängigkeit von der Wirkung und der Operationsdauer werden Narkosemittel nachgegeben. Wegen des gemeinsamen Arbeitsgebietes im Kopfhalsbereich ist eine Intubation zur Beatmung der Lunge und auch zum Schutz der Lunge vor dem Eindringen von Körperflüssigkeiten (z. B. Blut u. Magensaft) und Fremdkörpern (z. B. Zahnstücke) notwendig. Die Intubation, d. h. das Einbringen eines dünnen Kunststoffschlauches durch die Nase oder den Mund, an den Lippen, den Zähnen u. den Stimmbändern vorbei in die Lunge, erfolgt in Narkose und wird, ebenso wie das Entfernen des Schlauches, vom Patienten nicht bemerkt.



Es kann aber in seltenen Fällen zu Verletzungen und Beschädigungen an den genannten Stellen kommen. Während der Narkose werden die Körperfunktionen - insbesondere die Atmung und der Kreislauf - überwacht. Obwohl schwere lebensbedrohliche Narkosezwischenfälle (z. B. allergische Reaktion, Herz-, Kreislauf, Atem-Gehirnversagen) sehr selten sind, wird das Risiko einer nicht durchgeführten Operation und das Narkoserisiko durch Ihren Operateur und mich jeweils für den einzelnen Patienten bewertet, und es wird festgelegt ob dieser Eingriff ambulant durchgeführt werden kann.

Eine Ihnen bekannte örtliche Betäubung wie beim Zahnarzt kann gegebenenfalls unter der Narkose erfolgen, um so die Gesamtbelastung zu reduzieren und eine gute Schmerzlinderung nach der Operation zu ermöglichen. Auf die spezifischen Risiken dabei (z. B. Nervenschäden, Blutdruckanstieg, Überempfindlichkeitsreaktion) muss dabei hingewiesen werden. Die genaue Vorgehensweise wird im Anästhesiegespräch festgelegt. Bitte fragen Sie dort nach allem, was Sie für wichtig halten. Sie erreichen mich unter der o. g. Telefonnummer oder während der Ihnen von der Ärztin oder Ihrem Arzt mitgeteilten Anästhesiesprechstunde. Auf jeden Fall müssen alle anstehenden Fragen vor der Operation zu Ihrer Zufriedenheit geklärt sein.- Bitte beantworten Sie jetzt die folgenden Fragen. Das ist notwendig, um spezielle Risiken, die bei jedem Patienten unterschiedlich sein können, zu erkennen und so die Narkosesicherheit erhöhen. Falls der vorgegebene Platz zur Beantwortung nicht ausreicht, verwenden sie bitte ein zusätzliches Blatt.

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

1. Befindet sich Ihr Kind zur Zeit in eine ärztlichen Behandlung?

nein / ja: _____

2. Wurde Ihr Kind in den letzten 3 Monaten geimpft?

nein / ja: _____

3. Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente? Wenn ja weshalb?, welche? und wie viel?

nein / ja: _____

4. Wurde Ihr Kind schon mal operiert? Wenn ja was?, wann? wo? und gab es dabei Probleme?

nein / ja: _____

5. Bestehen bei Ihrem Kind Herzerkrankungen oder eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit?

nein / ja: _____

6. Bestehen bei Ihrem Kind Lungen- und / oder Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, Bronchitis)?

nein / ja: _____

7. Bestehen Nervenleiden (z. B. Epilepsie, Lähmungen, Krämpfe, Zuckungen, Fieberkrämpfen)?

nein / ja: _____

8. Leidet Ihr Kind unter Allergien / Überempfindlichkeitsreaktionen? Wenn ja, unter welchen:

nein / ja: _____

9. Bestehen Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes) oder andere Krankheiten?

nein / ja: _____

10. Bestehen Augenleiden (z. B. grüner Star)? Trägt Ihr Kind Kontaktlinsen?

nein / ja: _____

11. Sind allen Zähne fest? nein / ja:

(Zahnstatus:durch den Zahnarzt ausgefüllt:)

5	4	3	2	1	1	2	3	4	5
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5

12. Würden Sie noch weiteres nennen wollen, was ein mögliches Narkoserisiko erhöhen könnte?

nein / ja: _____

13. Leiden Ihr Kind u. a. nicht genannten Erkrankungen (z. B. Immunsystem, Hirnhaut, Tumoren u.a.m.)?

nein / ja: _____

14. Gab es bei Ihrem Kind oder bei Familienangehörigen irgendwann schon mal Probleme während oder nach der Narkose?:

nein / ja: _____

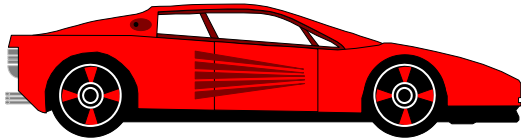
Weitere Anmerkungen:.....

.....

Ort / Datum: _____

Mutter*: _____

Vater*: _____ Arzt:



* bzw. Sorgeberechtigte/-r