



Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Haus-, Kinderarzt: \_\_\_\_\_  
Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

## Anästhesie Aufklärungs- und Fragebogen

**Kinder**

**Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und die Fragen ausfüllen.**

**! Bringen Sie diese Basisinformation und die Versichertenkarte zum Gespräch mit dem Narkosearzt wieder mit! !**

Durch Ihre Mitarbeit helfen Sie uns das Beste für die Sicherheit ihres Kindes zu tun!

### Liebe Eltern,

**Die Narkose (Allgemeinanästhesie)** schaltet Bewusstsein und Schmerzempfinden aus. Der Patient befindet sich von Anfang bis Ende der Narkose in einem schlafähnlichen Zustand. Zur Narkose wird meist eine Kombination von Medikamenten eingesetzt. Eingeleitet wird die Narkose, indem die Medikamente in eine Vene gespritzt werden. Bei länger dauernden Eingriffen wird die Einspritzung wiederholt, und es werden gasförmige Narkosemittel und Sauerstoff gegeben ► über eine Maske, die auf Mund und Nase aufliegt (Maskennarkose), oder ► **über einen Tubus** (Beatmungsschlauch), der auf dem Kehlkopf aufsitzt (**Kehlkopf- oder Larynxmasken-Narkose**) oder in die Luftröhre eingeführt wird (**Intubations-Narkose**), nachdem der Patient eingeschlafen ist. Der Anästhesist überwacht während der Narkose die lebenswichtigen Körperfunktionen, um Komplikationen vorzubeugen, die sich aus dem Eingriff und dem Betäubungsverfahren ergeben können.

#### **Mögliche Nebenwirkungen und Risiken einer Vollnarkose:**

Selten kommt es zu **Atembeschwerden** oder **Kreislaufreaktionen** (z.B. Asthmaähnliche Atembeschwerden, stärkerer Blutdruckabfall, Verlangsamung des Herzschlages) die sich meist schnell beheben lassen. **Schwerwiegende Unverträglichkeitsreaktionen** und andere **lebensbedrohliche Komplikationen**, z.B. Herz-Kreislauf- bzw. Atemstillstand, Verschluss von Blutgefäßen (Embolie) durch verschleppte Blutgerinnsel sind selbst bei Patienten mit gesundheitlicher Vorbelastung **sehr selten**. Bei Zehntausenden von Eingriffen ereignet sich nur ein schwerer Anästhesiezwischenfall.

Die Intubation / Anwendung der Larynxmaske kann vorübergehend **Schluckbeschwerden** und **Heiserkeit** verursachen. Sehr selten sind Verletzungen im Rachen, Kehlkopf und Luftröhre sowie Stimmbandschädigungen mit **bleibenden Stimmstörungen** (Heiserkeit) und **Atemnot**. **Zahnschäden** oder **Zahnverlust** sind insbesondere bei lockeren Zähnen möglich. Da wir bei Eingriffen im Mund-Zahnbereich die Intubation durch die Nase vornehmen kann es danach gelegentlich zu **Nasenbluten** oder **Geruchsstörungen** kommen. Äußerst selten steigt die Körpertemperatur infolge lebensbedrohlichen **Stoffwechsellongleistung** extrem an (**maligne Hyperthermie**). Eine sofortige medikamentöse und intensivmedizinische Behandlung ist dann notwendig.

Vorübergehende oder bleibende Nervenschäden (z.B. Missempfindungen) sowie **Blutergüsse und Infektionen im Bereich der Einstichstelle der Venenkanüle** (z.B. Spritzenabszess, Absterben von Gewebe), die einer operativen Versorgung bedürfen, sind selten. Extrem selten sind bleibende **Lähmungen** oder **Infektionen**, die zu einer schweren allgemeinen **Blutvergiftung** (Sepsis) führen. Gefühlsstörungen oder Lähmungen an Armen und Beinen durch Druck oder Zerrung während der Operation lassen sich nicht absolut sicher ausschließen; sie bilden sich meist nach einiger Zeit von selbst zurück.

**Übelkeit und Erbrechen** sind seltener geworden, lebensbedrohliche Zwischenfälle durch Einatmen von Erbrochenem sind sehr selten. Selten kommt es zu einem **krampfartigen Verschluss der Luftwege**, der sich in der Regel beherrschen lässt.

**Unbedingt beachten! 6 Stunden vor dem Operationstermin nicht mehr essen;**

**! die letzte Mahlzeit vorher darf nur klein sein** (z.B. eine Scheibe Brot mit Marmelade). **!**

**! Bis 2 Std. vorher darf noch etwas Tee oder Wasser** (ein bis zwei Gläser/Tassen) getrunken werden – **keine Milch!** **!**

- Sagen Sie es dem Anästhesisten, wenn Ihr Kind doch etwas gegessen, getrunken oder geschluckt hat. Bei Nichteinhalten der Nüchternheit durch ihr Kind kann die Narkose **wegen dann drohender Lebensgefahr für Ihr Kind nicht** durchgeführt werden, d. h. die geplante Operation muss ausfallen!
- Wenn Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnimmt, fragen Sie bitte spätestens einen Tag (Mo - Fr) vor dem OP-Termin telefonisch den Anästhesisten (0171 / 9966345), welche **Medikamente** eingenommen werden dürfen / sollen.
- Kontaktlinsen, Zahnregulierungsspangen, Ringe, Schmuck, Piercing ablegen bzw. entfernen. Keine fetthaltigen Cremes verwenden.
- Direkt vor dem Eingriff bitte auf der Toilette Blase und ggf. Darm entleeren lassen oder eine Windel anlegen!

#### **Nach einem ambulanten Eingriff:**

Der Eingriff und die Nachwirkungen von Medikamenten können vorübergehend die Reaktions- und Koordinationsfähigkeit Ihres Kindes herabsetzen. Holen Sie es bitte ab, und stellen Sie die häusliche Betreuung sicher. Es sollte am gleichen Tag unter Beaufsichtigung in der Wohnung bleiben. Ihr Kind darf die Praxis erst nach der Entlassung durch einen Arzt bzw. Zahnarzt verlassen. Es darf in den ersten 24 Stunden nicht ohne Begleitperson am Straßenverkehr teilnehmen und keinen Sport treiben. Bitte beachten Sie dazu unbedingt das **Merkblatt für ambulante Narkosen**.

Der nachfolgende **Fragebogen** bezieht sich auf Ihr Kind. Bitte füllen Sie den Bogen **unbedingt vor dem Aufklärungsgespräch** aus. Wir benötigen Ihre Angaben, um die Anästhesie ganz auf Ihr Kind abstimmen zu können. Wenigstens ein Elternteil muss zum Aufklärungsgespräch erscheinen. Sie können auch vorab telefonisch unter 0171 / 9966345 Fragen stellen und mit uns ein Aufklärungsgespräch führen oder einen Termin dazu vereinbaren. Soweit möglich, werden wir das Anästhesieverfahren auch mit Ihrem Kind besprechen. Unter Berücksichtigung Ihrer Antworten schlagen wir das für Ihr Kind günstigste Anästhesieverfahren vor. Fragen Sie den Anästhesisten nach allem, was Sie im Zusammenhang mit der Anästhesie interessiert. Weitere Informationen finden Sie unter [www.die-anaesthesie-praxis.de](http://www.die-anaesthesie-praxis.de)

1. War das Kind in letzter Zeit in **ärztlicher Behandlung**?  Ja  Nein  
 Wieswegen? \_\_\_\_\_  
 Hat das Kind z.Zt. eine Erkältung oder Fieber?  Ja  Nein  
 Wurde Ihr Kind in den letzten 2 Wochen geimpft?  Ja  Nein  
 Wogegen? \_\_\_\_\_
2. Ist die Geburt normal verlaufen?  Ja  Nein  
 Wurde das Kind zu früh geboren?  Ja  Nein
3. Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein  
 Welche ? (Herz-/ Kreislauf-, Blutzucker-, Asthma-, Husten- blutgerinnungshemmende Medikamente, Antibiotika)  
 \_\_\_\_\_

4. Wurde es schon einmal operiert?  Ja  Nein  
 Wann? / Woran? \_\_\_\_\_

5. Gab es dabei Besonderheiten?  Ja  Nein  
 Welche? \_\_\_\_\_

6. Wurden Ihrem Kind schon einmal Blut oder Blutbestandteile (Transfusion) übertragen?  Ja  Nein

**Besondere Fragen**

**7. Herz-, Kreislaferkrankungen**

- Ist die körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt?  Ja  Nein  
 Hat das Kind Atemnot oder wird es bei Anstrengung blau?  Ja  Nein  
 Ist ein Herzfehler bekannt?  Ja  Nein  
 Besondere Angaben: \_\_\_\_\_

**8. Lungen- und Atemwegserkrankungen**

- Leidet das Kind häufig an Bronchitis?  Ja  Nein  
 Hat das Kind Asthma oder Pseudokrapp?  Ja  Nein  
 Besondere Angaben: \_\_\_\_\_

**9. Leber, Niere**

- Hat das Kind eine Gelbsucht nach dem ersten Lebensmonat durchgemacht?  Ja  Nein  
 Ist eine Nierenfunktionsstörung bekannt?  Ja  Nein  
 Besondere Angaben: \_\_\_\_\_

**10. Blutungsneigung / Gerinnungsstörung**

- Hat das Kind eine vermehrte Blutungsneigung? (Häufiges Nasenbluten, langes Bluten nach Verletzungen, blaue Flecken auch nach leichter Berührung)?  Ja  Nein  
 Angaben zu Besonderheiten: \_\_\_\_\_

**11. Gehirn und Nervensystem**

- Leidet das Kind an einer Nervenkrankheit oder einem Krampfleiden (Epilepsie)?  Ja  Nein  
 Ist eine Muskelschwäche bekannt?  Ja  Nein  
 Hat das Kind bei Fieber Zuckungen oder Krämpfe gehabt?  Ja  Nein  
 Hat das Kind eine Augenerkrankung?  Ja  Nein  
 Besondere Angaben: \_\_\_\_\_

**12. Überempfindlichkeiten, Allergien**

- Leidet das Kind an Heuschnupfen?  Ja  Nein  
 Ist eine Allergie bekannt oder hat es Ausschläge auf Medikamente oder andere Substanzen bekommen?  
 Auf welche?: \_\_\_\_\_

**13. Stoffwechsel**

- Leidet das Kind an Diabetes (Zuckerkrankheit)?  Ja  Nein  
 Hat das Kind andere Erkrankungen der Hormondrüsen (Schilddrüse, Nebenniere oder Geschlechtsdrüse)?  Ja  Nein  
 Welche?: \_\_\_\_\_

**Sonstige Fragen**

14. Hat das Kind schadhafte Zähne oder wackelt ein Zahn?  Ja  Nein  
 15. Leidet das Kind an anderen Erkrankungen, die bisher nicht aufgeführt wurden?  Ja  Nein  
 Welche? / Sonstige Besonderheiten?: \_\_\_\_\_

**16. Wer betreut ihr Kind in den ersten 24 Stunden ständig?**

\_\_\_\_\_  
 Name, Alter

\_\_\_\_\_  
 Aufenthalt, Straße, Ort, Tel. (wenn von Wohnung abweichend)

**Beim Aufklärungsgespräch:**

- Den **Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Die Fragen zur **Krankenvorgeschichte (Anamnese)** habe ich nach bestem Wissen beantwortet.  
 Das **Merkblatt** für ambulante Narkosen / Anästhesien habe ich erhalten und gelesen, die **Verhaltenshinweise** werde ich beachten.

Vermerke von Dr. Heck (bzw. der Ärztin / des Arztes \_\_\_\_\_) zum Aufklärungsgespräch:

Erörtert wurden u.a.: das Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, Risiken spezieller Verfahren, risikoerhöhende Besonderheiten, Neben- und Folgeeingriffe sowie:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung:**

Nach **gründlicher Überlegung willige ich** hiermit für den Eingriff \_\_\_\_\_ **ein** in:

- Masken- / Larynxmasken- / Intubations- Narkose  
 Spezielles Verfahren: \_\_\_\_\_

Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Falls Sie bestimmte Maßnahmen ablehnen, bitte bezeichnen:

\_\_\_\_\_

- Ich habe eine Kopie dieser Aufklärung erhalten  
 Ich verzichte auf eine Kopie dieser Aufklärung

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Mutter / Vater / Sorgeberechtigte\*

\_\_\_\_\_  
 Ärztin / Arzt

\* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.