

## Gesundheitsfragebogen Kinder Anästhesie SZO Deutsch



**Anästhesiesprechstunde Telefon: Standort Brig: intern: 43045, extern: 027 / 604 30 45**  
**Standort Visp: intern: 42199, extern: 027 / 604 21 99**

Bitte melden Sie sich bei den oben erwähnten Nummern um den Termin in der Anästhesiesprechstunde zu vereinbaren, falls Sie keinen Termin haben.

**Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor der Voruntersuchung des Arztes aus.  
 Ihr Hausarzt oder die Praxisassistentin der PAS werden Ihnen falls nötig dabei helfen**

**Name, Vorname :** .....

**Alter Ihres Kindes:** ..... **Jahre /** ..... **Monate /** **Gewicht:** ..... **kg /** **Grösse:** ..... **cm**

	ja	nein	Ich weiss nicht / Bemerkungen
1. Ist Ihr Kind ein Frühgeborenes? Wenn ja, nach wie viel Schwangerschaftswochen kam es zur Welt?			
2. Gab es besondere Probleme während den ersten Lebenswochen? Wenn ja, welche?			
3. Brauchte Ihr Kind medizinische Behandlung während der ersten 6 Lebensmonaten? Wenn ja, welcher Art?			
4. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche?			
5. Musste Ihr Kind bereits ins Krankenhaus aufgenommen oder operiert werden? Wenn ja, warum und wann? (z. B. Mandeloperation 1999)			
6. Gab es Probleme bei der Narkose? Wenn ja, welche?			
7. Gab es Narkoseprobleme bei nahen Verwandten? Wenn ja, welche?			
8. Haben Sie den Eindruck, dass die körperlichen Leistungen Ihres Kindes schwächer als die seiner Altersgenossen sind?			
9. Wurde bei Ihrem Kind ein Herzgeräusch festgestellt?			
10. Ist Ihr Kind im Augenblick erkältet? Hustet es? ..... Hat es Fieber? .....			

## Gesundheitsfragebogen Kinder Anästhesie SZO Deutsch



	Ja	Nein	Ich weiss nicht / Bemerkungen
11. Fällt es Ihrem Kind schwer, bei körperlicher Anstrengung zu atmen?			
12. Hat Ihr Kind Asthma? Wenn ja, nimmt es Medikamente? Welche?			
13. Hat Ihr Kind andere Erkrankungen der Atemwege?			
14. Ist Ihr Kind allergisch? Wenn ja, gegen was? (Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Tiere, Medikamente, Verbandsmaterial ...)			
15. Sind in Ihrer Familie besondere Allergien bekannt?			
16. Hat Ihr Kind oft Nasenbluten und blaue Flecken; und seine Eltern?			
17. Hat Ihr Kind eine Nervenkrankheit Wenn ja, welche? (z. B. Epilepsie, Lähmung, Entwicklungsrückstand)			
18. Leidet Ihr Kind an einer Muskelkrankheit oder Muskelschwäche?			
19. Ist Ihr Kind zuckerkrank? Wenn ja, wie viel Insulin braucht es?			
20. Hat Ihr Kind Augenkrankheiten? Wenn ja, welche?			
21. Möchten Sie uns andere Besonderheiten mitteilen?			
22. Haben Sie mit Ihrem Kind über die bevorstehende Operation gesprochen?			
23. Hört Ihr Kind auf einen Spitznamen? Wenn ja, auf welchen?			
24. <b>Nur wenn der Fragebogen am Operationstag ausgefüllt wird:</b> Wann hat Ihr Kind zum letzten Mal getrunken? Wann hat Ihr Kind zum letzten Mal gegessen?			

*Haben Sie zusätzliche Bemerkungen ?*

.....

.....

Datum: ..... Unterschrift: eines Elternteils: .....