

Anamnesebogen für Kinder

⇒ Bitte senden oder faxen Sie uns diesen Anamnesebogen vollständig ausgefüllt umgehend an die oben genannten Kontaktdaten.

Aus Gründen der verbesserten Lesbarkeit wurde nachfolgend nur der Ausdruck „Kinder“ verwenden.

☐ männlich	☐ weiblich	Geburtsdatum:	.....
Name:	.....	Vorname:	.....
Strasse, Nr.:	.....	PLZ, Wohnort:	.....
Ansprechperson:	.....	Telefon:	.....
Hausarzt inkl. Telefonnummer:	.....	E-Mail:	.....
Was wird operiert:	.....	Grösse (cm) /Gewicht (kg):	.....
		Wo findet der Eingriff statt:	.....

Angaben zur Gesundheit (Bei Auswahl Zutreffendes unterstreichen)

	ja	nein
Wurde Ihr Kind in den letzten 4 Wochen ärztlich behandelt? Weshalb?	☐	☐
Ist die Geburt des Kindes normal verlaufen? Frühgeburt oder andere Komplikationen (Welche)?	☐	☐
Geburtsgebrechen, Beeinträchtigung, Trisomie 21, Zystische Fibrose oder andere (Welche)?	☐	☐
Besteht bei Ihrem Kind derzeit eine Erkältung oder ein fieberhafter Infekt (Magen-Darm oder andere (Welche))?	☐	☐
Hat Ihr Kind Allergien? Jod, Latex, Nahrungsmittel, Medikamente oder andere (Welche)?	☐	☐
Wurde Ihr Kind in den letzten Wochen geimpft? Wann? Wogegen?	☐	☐
Nimmt oder nahm ihr Kind Medikamente ein? Welche? Seit wann?	☐	☐
Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? Wenn ja, bitte Eingriff und Jahr angeben	☐	☐
Hat Ihr Kind die Narkose / Operation gut vertragen?	☐	☐
Traten bei Blutsverwandten des Kindes Komplikationen im Rahmen der Narkose auf? Welche?	☐	☐
Wurde Ihrem Kind schon einmal Blut oder Blutbestandteile transfundiert?	☐	☐

Hat oder hatte Ihr Kind folgende Krankheiten oder Anzeichen davon? (Bei Auswahl Zutreffendes unterstreichen)

	ja	nein
Herz/Kreislauf: Angina Pectoris, hoher oder niedriger Blutdruck, Rhythmusstörungen oder andere (Welche)?	☐	☐
Atemwege / Lunge: Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose oder andere (Welche)?	☐	☐
Atemwege / Lunge: Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS)? Wenn ja, ist ein CPAP vorhanden?	☐	☐

Name:

Vorname:

Anamnesebogen für Kinder (Fortsetzung)

	ja	nein
Gefässe: Thrombosen, Embolien, Schlaganfall, Krampfadern oder andere (Welche)?	☐	☐
Niere: erhöhte Nierenwerte, Nierensteine, Nierenentzündungen oder andere (Welche)?	☐	☐
Leber: Gelbsucht, Gallensteine, Fettleber oder andere (Welche)?	☐	☐
Speiseröhre, Magen, Darm: Sodbrennen, Refluxkrankheit, Geschwüre oder andere (Welche)?	☐	☐
Stoffwechsel: Zuckerkrankheit, Gicht	☐	☐
Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Kropf oder andere (Welche)?	☐	☐
Skelettsystem: Gelenkerkrankungen, Rücken- Bandscheibenprobleme oder andere (Welche)?	☐	☐
Nerven, Gemüt: Krampfanfälle, Depressionen, Lähmungen, Epilepsie, Autismus oder andere (Welche)?	☐	☐
Augen: Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen oder andere (Welche)?	☐	☐
Blut: Gerinnungsstörungen, häufiges Nasenbluten, leicht blaue Flecken oder andere (Welche)?	☐	☐
Muskeln: Muskelschwäche, Muskelerkrankungen (auch bei Verwandten) oder andere (Welche)?	☐	☐
Chronische Schmerzen? Wo? Seit wann?	☐	☐
Lockere Zähne? Karies?	☐	☐
Trägt Ihr Kind eine Zahnsperre?	☐	☐

Bitte legen Sie bei folgenden Leiden einen detaillierten Arztbericht (z.Bsp. vom Hausarzt) bei:

- Stattgefundener Herzinfarkt oder regelmässige Herzbeklemmung (Angina pectoris)
- Herzleiden oder Herzklappenerkrankung
- Stattgefundene Operation an Herz oder Lunge (inkl. Herzschrittmacher und/oder Herzkatheter)
- Behandlungsbedürftiges Asthma oder chronischer Husten mit Auswurf
- Langes Bluten nach Verletzungen, regelmässig grosse Blutergüsse, häufiges Bluten beim Zähneputzen
- Epilepsie, geistige Erkrankung oder Einschränkung sowie Trisomie 21
- Muskelschwund, Spastik oder andere Muskelerkrankungen

Bemerkungen:

.....

.....

.....

Ich bestätige hiermit, dass ich dieses Formular zur Erfassung der medizinischen Vorgeschichte meines Kindes/der von mir betreuten Person nach bestem Wissen, vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in