

Gesundheitsfragebogen Kinder

Liebe Eltern

Bei Ihrem Kind ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation in Narkose geplant. Um Ihr Kind mit grösstmöglicher Sicherheit und Sorgfalt betreuen zu können, benötigen wir genaue Informationen zum Gesundheitszustand. Danke, dass Sie diesen Fragenbogen sorgfältig ausfüllen und uns zeitnah zurück-schicken.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name (Patient*in):	Vorname (Patient*in):	
Geburtsdatum (Patient*in):	Grösse:	Gewicht:
Vor- & Nachname der Eltern	Telefon (Mobile):	
Kinderarzt / Kinderärztin (Name, Ort, Telefonnummer):		

GEPLANTE BEHANDLUNG / OPERATION:	Eingriffsdatum:
----------------------------------	-----------------

FRÜHERE BEHANDLUNGEN / OPERATIONEN	JA	NEIN
Hatte Ihr Kind bereits eine Narkose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, warum?		
Gab es bei früheren Narkosen Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Gab es bei Blutsverwandten Probleme im Zusammenhang mit einer Narkose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

GEBURT / SÄUGLINGSZEIT	JA	NEIN
Ist ihr Kind eine Frühgeburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind auf die Welt?		
Gab es in den ersten Wochen nach der Geburt Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND IHRES KINDES	JA	NEIN
Ist Ihr Kind zur Zeit erkältet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass die körperliche Leistungsfähigkeit Ihres Kindes schwächer ist als diejenige von gleichaltrigen Kindern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzleiden (Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzoperation, Herzgeräusch, Herzklappenerkrankung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck- / Kreislaufprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Cystische Fibrose, Asthma, Bronchitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot / Zyanose (blaue Lippen) bei Sport oder körperlicher Anstrengung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafapnoe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Blutes oder der Blutgerinnung (z.B. Leukämie, Blutarmut, häufiges Nasenbluten, Neigung zu blauen Flecken oder Hautblutungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, angeborene Stoffwechselstörung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber- oder Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch-/ Magenprobleme (z.B. Fehlbildung des Magendarm-Traktes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z.B. Epilepsie, Lähmung, Cerebralparese, Hydrocephalus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelerkrankung (z.B. Muskeldystrophie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen (Autismus, ADHS, Essstörung, Ängste, Panikattacken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien und Unverträglichkeiten? Wenn JA, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Falls Allergiepass vorhanden, bitte diesen am Narkosetag mitbringen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name:

Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche?		
Konsumiert Ihr Kind (Teenager) Nikotin, Alkohol, Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, was und wie oft ?		
Hat Ihr Kind lockere Zähne («Wackelzahn»)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie (die Eltern, Betreuungspersonen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BEMERKUNGEN / FRAGEN

--

Bitte teilen Sie uns mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand während der Zeit bis hin zur Operation ändern sollte (z.B. Erkältungen, Fieber, neue Medikamente etc.).

Bitte senden Sie dieses Formular bis spätestens 5 Tage vor dem geplanten Eingriff an:

AnästhesieZentrum.ch AG, Schaffhauserstrasse 124, 8057 Zürich, oder per Email an: anaesthesiezentrum@hin.ch

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung/Allgemeine Geschäftsbedingungen

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung der Daten meines Kindes, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der vorhergehenden Seite einverstanden bin. Ebenso ermächtige ich die Ärzte der AnästhesieZentrum.ch AG med. Daten bei anderen Ärzten oder med. Institutionen einholen zu dürfen.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

Die Bearbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung sowie Aufbewahrung) der Patientendaten erfolgt aufgrund des Behandlungsvertrages und gesetzlicher Vorgaben zur Erfüllung des Behandlungszwecks sowie zu den damit verbundenen Pflichten. Die Erhebung von Daten erfolgt einerseits durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt im Rahmen der Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen/Ärzten und Gesundheitsfachpersonen, bei denen Ihr Kind in Behandlung war oder ist, falls Sie hierfür Ihre Einwilligung gegeben haben. In der Krankengeschichte werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung stehen. Die Krankengeschichte umfasst die auf dem Patientenformular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Versicherungsangaben sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräch, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde.

Sie haben bis zum Erreichen des 18. Geburtstages Ihres Kindes jederzeit das Recht, Auskunft zu den Personendaten Ihres Kindes zu erhalten. Sie können Ihre Krankengeschichte einsehen oder auch eine Kopie verlangen. Die Herausgabe der Kopie kann kostenpflichtig sein. Allfällige Kosten, welche vom Aufwand der Erstellung der Kopie abhängen, werden Ihnen vorgängig bekannt gegeben.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich des weiteren die AGB der AnästhesieZentrum.ch AG, welche jederzeit unterfolgendem Link abrufbar sind: <https://www.anaesthesiezentrum.ch/terms-and-conditions>

Ort, Datum

Unterschrift