

## Kinderärztliche Kontrolle

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

In Kürze ist bei einem Ihrer Patienten ein Eingriff in Narkose geplant. Die Narkose wird durch einen Facharzt für Anästhesiologie und einer Pflegefachperson NDS Anästhesie der Firma *AnästhesieZentrum.ch AG* durchgeführt.

Wir bitten Sie höflich, den unten aufgeführten Fragebogen beim Besuch des Kindes in Ihrer Sprechstunde auszufüllen und ihn umgehend an die Firma *AnästhesieZentrum.ch* zurückzusenden (Kontaktdaten untenstehend). Zudem bitten wir Sie, vor der Narkose keine Impfungen durchzuführen. Besten Dank für Ihre Bemühungen.

Freundliche Grüsse  
Dr. med. Cedric Benz

### PERSÖNLICHE ANGABEN DES KINDES:

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> andere	
Eingriff in Praxis:		
Grösse:	Gewicht:	Allergien:

### GESUNDHEITSZUSTAND DES KINDES:

	JA	NEIN
Atemwegsprobleme, Erkältungskrankheit, Husten, Bronchitis, Asthma, Cystische Fibrose, anderes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen des Magendarmtraktes, wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsgebrechen, Behinderung (z.B. CP), Trisomie 21, Epilepsie, anderes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Medikamente regelmässig eingenommen werden? Wenn JA, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varia:		

### Aktuelle klinische Befunde:

**Sollten Sie eine Laboruntersuchung für indiziert halten, bitten wir Sie diese durchzuführen und uns die Befunde mitzuteilen.**

Ort, Datum

Stempel Praxis und Unterschrift

**Bitte senden Sie dieses Formular unmittelbar an folgende Adresse:**

AnästhesieZentrum.ch AG, Schaffhauserstrasse 124, 8057 Zürich, oder per Email an: [anaesthesiezentrumb@hin.ch](mailto:anaesthesiezentrumb@hin.ch)