

Uvodno obraćanje

Poštovani roditelji

Vašem djetetu predstoji liječenje, pretraga ili operativni zahvat u općoj ili regionalnoj anesteziji. Kako bismo vašem djetetu pružili najveću moguću sigurnost i brigu, potrebne su nam točne informacije o njegovom zdravstvenom stanju. Zahvaljujemo što ćete pažljivo ispuniti ovaj upitnik i pravovremeno nam ga dostaviti.

OSOBNİ PODACI

Prezime djeteta:	Ime djeteta:	
Datum rođenja:	Visina:	Težina:
Ime i prezime roditelja:	Telefon (mobilni):	
Pedijatar (ime, mjesto, telefon):		

PLANIRANI ZAHVAT/OPERACIJA:	Datum zahvata:
-----------------------------	----------------

RANIJI ZAHVATI/OPERACIJE	DA	NE
Je li vaše dijete već imalo anesteziju?	☐	☐
Ako DA, zbog čega?		
Jesu li pri ranijim anestezijama nastale poteškoće?	☐	☐
Ako DA, koje?		
Jesu li kod krvnih srodnika zabilježeni problemi povezani s anestezijom?	☐	☐
Ako DA, koje?		

ROĐENJE/DOJENAČKA DOB	DA	NE
Je li dijete rođeno prije termina?	☐	☐
Ako da, u kojoj gestacijskoj sedmici?		
Jesu li u prvim sedmicama nakon rođenja postojali problemi?	☐	☐
Ako DA, koji?		

TREKUTNO ZDRAVSTVENO STANJE VAŠEG DJETETA	DA	NE
Ima li dijete trenutno prehladu?	☐	☐
Smatrate li da je fizička izdržljivost vašeg djeteta slabija u odnosu na vršnjake?	☐	☐
Srčane bolesti (srčani poremećaj, aritmija, operacija srca, šum, bolest zalistaka)?	☐	☐
Problemi s krvnim pritiskom / cirkulacijom?	☐	☐
Plućne bolesti (cistična fibroza, astma, bronhitis)?	☐	☐
Kratkoća daha / cijanoza (plave usne) pri naporu?	☐	☐
Sindrom opstruktivne apneje u snu?	☐	☐
Bolesti krvi ili zgrušavanja (leukemija, anemija, česta krvarenja iz nosa, sklonost modricama ili potkožnim krvarenjima)?	☐	☐
Metabolički poremećaji (dijabetes, bolesti štitnjače, prirođeni metabolički poremećaji)?	☐	☐
Bolesti jetre ili bubrega?	☐	☐
Želučano-crijeVne anomalije?	☐	☐
Neurološke bolesti (epilepsija, paraliza, cerebralna paraliza, hidrocefalus)?	☐	☐
Mišićne bolesti (mišićna distrofija)?	☐	☐
Psihičke bolesti (autizam, ADHD, poremećaj hranjenja, anksioznost, panični napadi)?	☐	☐
Druge bolesti?	☐	☐
Alergije i netolerancije? Ako DA, koje??	☐	☐
(Ako posjedujete alergijsku knjižicu, donesite je na dan anestezije)	☐	☐

Ime i prezime:

Uzimali li vaše dijete redovito lijekove?	☐	☐
Ako DA, koje?		
Konzumira li vaše dijete (tinejdžer) nikotin, alkohol ili droge?	☐	☐
Što i koliko često?		
Ima li dijete klimave („mliječne“) zube?	☐	☐
Pušte li vi (roditelji, skrbnici)?	☐	☐

NAPOMENE/PITANJA

Molimo da nas obavijestite ako se zdravstveno stanje vašeg djeteta promijeni do dana zahvata (npr. prehlada, povišena temperatura, novi lijekovi i sl.)

Ispunjeni obrazac pošaljite najkasnije 5 dana prije planiranog zahvata na:

AnästhesieZentrum.ch AG, Thurgauerstrasse 117, 8152 Opfikon, ili e-poštom na: anaesthesiezentrum@hin.ch

Mjesto i datum:

Potpis:

IZJAVA O ZAŠTITI PODATAKA

Potvrđujem svojim potpisom da sam suglasan s obradom podataka svog djeteta, pristupima podacima od strane liječnice ili liječnika kao i prosljeđivanjem podataka trećim osobama prema informacijama za pacijente na prethodnoj stranici. Također ovlašćujem liječnike AnästhesieZentrum.ch AG da mogu pribaviti medicinske podatke kod drugih liječnika ili medicinskih institucija. Svjestan sam mogućih rizika razmjene podataka od osobito zaštićenih osobnih podataka (moguć uvid neovlašćenih trećih osoba putem nesigurnih komunikacijskih putova) kao i svojih prava i dajem svoju suglasnost za međusobni kontakt između moje liječnice / mog liječnika i mene kao pacijent/kinja putem gore navedenih kontakt-informacija. Informacije o pacijentima prosljeđuju se od strane liječničke prakse isključivo sigurnim komunikacijskim putovima. Suglasan sam da se administrativni zahtjevi kao što su na primjer pomicanja termina vrše nešifriranom e-mail komunikacijom. Obrada (prikupljanje, pohrana, uporaba kao i čuvanje) podataka pacijenata vrši se na temelju ugovora o liječenju i zakonskih propisa radi ispunjenja svrhe liječenja kao i s tim povezanih obveza. Prikupljanje podataka vrši se s jedne strane od strane liječnice/liječnika koji liječi u okviru liječenja. S druge strane primamo također podatke od dodatnih liječnica/liječnika i zdravstvenih stručnjaka kod kojih je vaše dijete bilo ili jest u liječenju, ukoliko ste za to dali svoju suglasnost. U povijesti bolesti se obrađuju samo podaci koji stoje u vezi s medicinskim liječenjem. Povijesti bolesti obuhvaća na obrascu pacijenta dane osobne podatke kao što su personalni podaci, kontakt-podaci i osiguravni podaci kao i između ostalog u okviru liječenja provedeni razgovor o informiranju, prikupljene zdravstvene podatke kao što su anamneze, dijagnoze, terapijski prijedlozi i nalazi. Imate do dostizanja 18. rođendana vašeg djeteta u svako vrijeme pravo dobiti obavijest o osobnim podacima vašeg djeteta. Možete pogledati svoju povijesti bolesti ili također zatražiti kopiju. Izdavanje kopije može biti naplatno. Eventualni troškovi koji ovise o naporu izrade kopije bit će vam unaprijed saopćeni.

Mjesto i datum:

Potpis: