

Anamnesebogen für Kinder

Angaben zur Person:

Name:	Vorname:	Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Geb. Datum:
Strasse:	PLZ/ Ort:	Grösse: cm	Gewicht: kg
Telefon Natel:	Telefon Privat:	Name und Telefon Hausarzt/-ärztin:	
Geplanter OP-Termin:	Operateur/in:	Praxis:	

Angaben zur Gesundheit:

Ist die Geburt des Kindes normal verlaufen? (Normal-/ Frühgeburt)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wurde Ihr Kind in den letzten 6 Monate ärztlich behandelt? Weswegen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Besteht zur Zeit eine Erkältung oder bestand dies die letzten 14 Tage?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Allergien? (auf Medikamente, Jod, Gräser, Nahrungsmittel, Kontrastmittel, Pflaster, Heuschnupfen oder anderes?.....)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wurde Ihr Kind in den letzten Wochen geimpft? Wogegen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Muss oder musste Ihr Kind in den letzten Wochen Medikamente einnehmen? Welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wurde Ihr Kind schon einmal operiert: Bitte Eingriff und Jahr angeben:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind nach einer Operation an Ubelkeit und / oder Erbrechen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Traten bei Blutsverwandten des Kindes Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Anästhesie auf? Welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wurde Ihrem Kind schon einmal Blut oder Blutbestandteilverabreicht?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Trägt Ihr Kind ein Piercing? Wo?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Besehen oder bestanden folgende Krankheiten oder Anzeichen davon?	
Herz/Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gefässerkrankungen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Atemwege / Lungen: Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Schlaf Apnoe Syndrom (grosse Mandeln), Pseudo-Krupp oder andere?.....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leber: Gelbsucht oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Niere: Nierensteine, Nierenentzündung oder erhöhte Nierenwerte oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Speiseröhre, Magen, Darm: Verengung, Refluxkrankheit, Sodbrennen oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechsel: Zuckerkrankheit oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

