

Kfr. \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_  
(vorgeschoneter Eingriff) (Datum)

**Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und den Fragebogen ausfüllen!**

## Liebe Eltern!

Die bei Ihrem Kind vorgesehene Untersuchung/Behandlung soll in Narkose (Allgemeinanästhesie) durchgeführt werden. Sie schaltet das Schmerzempfinden aus; das Kind befindet sich in einem tiefschlafähnlichen Zustand. Um ein Höchstmaß an Sicherheit zu gewährleisten, untersucht die Anästhesistin/der Anästhesist das Kind vor dem Eingriff, stellt umfassende Fragen anhand des Fragebogens und wählt das Anästhesieverfahren sowie die Medikamente aus, die sich für Ihr Kind am besten eignen. Während und nach der Narkose überwacht sie/er die lebenswichtigen Funktionen (z.B. Herzaktivität, Blutdruck, Atmung). Dieser Informationsbogen soll Sie auf das **Aufklärungsgespräch** vorbereiten, in dem Sie nach allem fragen können, was Sie wissen möchten.

## Die Narkose (Allgemeinanästhesie)

eignet sich für Eingriffe in allen Körperregionen und kann auch bei speziellen Untersuchungen (z.B. Röntgen, Kernspintomografie) notwendig sein.

Bei **größeren Kindern** wird meist ein Narkosemittel in eine Vene eingespritzt (intravenöse Narkose).

Bei **kleineren Kindern** wird die Narkose häufig über eine Maske eingeleitet.

Bei länger dauernden Eingriffen wird die Einspritzung wiederholt bzw. das Narkosemittel kontinuierlich verabreicht, oder das Kind erhält zusätzlich gasförmige Narkosemittel und Sauerstoff

- über eine **Maske**, die auf Mund und Nase liegt (Maskennarkose) oder
- über einen **Tubus** (Beatmungsschlauch), der vor dem Kehlkopf sitzt (Larynxmaske) oder in die Luftröhre eingeführt wird (Intubationsnarkose), nachdem das Kind eingeschlafen ist.

Die Intubation erleichtert die Beatmung und verringert die Gefahr des Einatmens von Speichel oder Mageninhalt.

Sie ermöglicht die Gabe muskelerlaffender **Medikamente** und verbessert die Operationsbedingungen.

Eine **Kombination von Narkose und Regionalanästhesie** kann den Bedarf an Narkosemitteln weiter verringern, die Aufwachphase verkürzen und eine weitgehend schmerzfreie Zeit nach der Operation gewährleisten. Ist dies bei Ihrem Kind vorgesehen, werden wir Sie darüber gesondert informieren.

## Mögliche Nebenwirkungen und Risiken des Betäubungsverfahrens

Vorübergehende oder bleibende **Nervenschäden** (z.B. Missempfindungen, Berührungsempfindlichkeit) sowie **Blutergüsse, stärkere Blutungen und Infektionen im Bereich der Einstichstelle der Verweilkanüle** (z.B. Spritzenabszess, Absterben von Gewebe), die einer operativen Versorgung bedürfen, sind selten. Extrem selten sind bleibende **Lähmungen oder Infektionen**, die zu einer allgemeinen **Blutvergiftung** (Sepsis) führen. **Lähmungen an Armen und Beinen** durch Druck oder Zerrung während der Anästhesie lassen sich nicht absolut sicher ausschließen; sie bilden sich meist innerhalb weniger Monate zurück.

**Unerwünschte Nebenwirkungen** von Betäubungs- und Schmerzmitteln oder anderen Medikamenten (z.B. Juckreiz, Übelkeit) können vor allem bei Überempfindlichkeit (Allergien) und bei Vorerkrankungen auftreten, nach denen wir in der Anamnese fragen. Seltener kann es zu **Atembeschwerden** oder **Kreislaufreaktionen** (z.B. stärkerer Blutdruckabfall, Atembeschwerden, Verlangsamung des Herzschlags) kommen, die sich meist schnell beheben lassen.

**Schwerwiegende Unverträglichkeitsreaktionen und andere lebensbedrohende Komplikationen**, z.B. Herz-Kreislauf- bzw. Atemstillstand, Verschluss von Blutgefäßen (**Embolie**) durch verschleppte Blutgerinnsel (**Thromben**), sind bei allen Narkoseverfahren äußerst selten, selbst bei Säuglingen sowie Patienten in schlechtem Allgemeinzustand und mit Begleiterkrankungen. Bei Zehntausenden von Eingriffen ereignet sich nur ein schwerer Anästhesiezwischenfall.



Empfohlen von der  
Deutschen Gesundheitshilfe e.V.



**Übelkeit und Erbrechen** sind seltener geworden, lebensbedrohende Zwischenfälle durch Einatmen von Erbrochenem sehr selten. Selten kommt es zu einem **krampfartigen Verschluss der Luftwege**, der sich in aller Regel beherrschen lässt.

Äußerst selten steigt die Körpertemperatur infolge einer massiven, lebensbedrohlichen **Stoffwechsellage** extrem an (**maligne Hyperthermie**). Eine sofortige medikamentöse und intensivmedizinische Behandlung ist dann erforderlich.

Die Intubation/Anwendung der Larynxmaske kann vorübergehend **Schluckbeschwerden** und **Heiserkeit** verursachen. Sehr selten sind **Verletzungen** im Bereich von Rachen, Kehlkopf und Luftröhre sowie Stimmbandschädigungen mit **bleibenden Stimmstörungen** (Heiserkeit) und **Atemnot**. Es kann zu **Zahnschäden** und zum **Zahnverlust** kommen, insbesondere bei lockeren Zähnen. Bitte weisen Sie den Anästhesisten auf **wackelnde Zähne** hin!

Auch vorbereitende, begleitende oder nachfolgende Maßnahmen, z.B. Injektionen, Infusionen, das Legen einer Verweilkanüle oder eines zentralen Venenkatheters, sind nicht frei von Risiken.

---

## Blutübertragung

Bei Übertragung/Anwendung von **Fremdblut** oder **Blutbestandteilen** (Blutkomponenten, Plasmaprodukten), die bei einzelnen Eingriffen erforderlich sind, ist eine **Infektion**, z.B. sehr selten mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung) und extrem selten mit HIV (AIDS), nicht sicher auszuschließen. Es wird aber alles getan, um durch Kontrollen das Restrisiko in engen Grenzen zu halten. Ob BSE bzw. die neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung durch Blutprodukte übertragen werden kann, ist noch offen.

Eine **Eigenblutspende** vermeidet solche Risiken, eignet sich aber nur für bestimmte Operationen und einen Teil der Patienten. **Bitte fragen Sie, wenn Sie mehr dazu wissen möchten.**

---

## Bitte unbedingt beachten!

**Sofern ärztlich nicht anders angeordnet!**

### Vor dem Eingriff:

- Das Kind darf mindestens **6 Stunden** vor dem Eingriff **nichts mehr essen, nicht rauchen und nicht trinken** (Milch, Saft o. Ä.); klare Flüssigkeiten (z.B. Tee, Wasser) dürfen bis **2 Stunden** vor dem Eingriff getrunken werden;
- **Kinder unter 1 Jahr** dürfen **bis 6 Stunden** vor dem Eingriff mit fester Nahrung gefüttert werden; bis **4 Stunden** vorher ist das Trinken von Milch erlaubt, bis 2 Stunden vorher klare Flüssigkeit (z.B. Tee, Wasser). Sagen Sie es dem Arzt/der Ärztin, wenn Ihr Kind während dieses Zeitraumes doch etwas zu sich genommen hat.
- Fragen Sie den Anästhesisten, welche **Medikamente** eingenommen bzw. abgesetzt werden müssen.
- Kontaktlinsen, Zahnregulierungsspannen, Ringe, Schmuck (auch Piercing-Schmuck!), künstliche Haarteile ablegen und sicher aufbewahren. Make-up und Nagelack entfernen!

Oft wird am Vorabend und/oder kurz vor dem Eingriff ein Beruhigungsmittel (als Saft, Tablette, Zäpfchen, oder selten als Spritze) gegeben (**Prämedikation**).

### Nach dem Eingriff:

Bei schwerer Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Schüttelfrost, erschwelter Atmung, Schmerzen in der Brust und Anzeichen von Lähmungen sowie bei Halsschmerzen, Heiserkeit, Sprechstörungen nach Intubationsnarkose **s o f o r t** den Arzt verständigen; informieren Sie den Arzt, dass eine Anästhesie durchgeführt wurde.

Nach Beendigung der Anästhesie ist Ihr Kind **noch nicht straßenfähig und unter Umständen noch nicht gehfähig**. Holen Sie es nach einem ambulanten Eingriff **bitte ab** und stellen Sie für die ersten 24 Stunden seine häusliche Betreuung sicher. Ihr Kind sollte am gleichen Tag unter **Beaufsichtigung in der Wohnung** bleiben.

**Liebe Eltern:** Geben Sie Ihre **Einwilligung im Dokumentationsteil** erst dann, wenn Sie alle Fragen stellen konnten, und wenn Sie keine weitere Überlegungsfrist benötigen. **Wenigstens ein Elternteil** sollte mit dem Kind zum Aufklärungsgespräch erscheinen. Gegebenenfalls werden wir Sie von uns aus zu einem Gespräch bitten oder Ihnen fernmündlich Fragen stellen. Soweit möglich, werden wir das Anästhesieverfahren auch mit Ihrem Kind besprechen. Bitte bringen Sie **wichtige Untersuchungsbefunde** mit. Falls Sie **nicht** zum Aufklärungsgespräch kommen können, **besätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift, dass Sie mit dem Anästhesieverfahren einverstanden sind, das Anästhesistin/Anästhesist wählen.**

---

**Falls Info-Teil handschriftlich geändert/ergänzt, bitte Unterschrift der Ärztin/des Arztes:**

Tel.-Nr. der Eltern privat: \_\_\_\_\_

Tel.- Nr. Arbeitsstelle: \_\_\_\_\_

**Wird vom Arzt ausgefüllt!**

Geplanter Eingriff: \_\_\_\_\_

Anästhesie: \_\_\_\_\_

Termin: \_\_\_\_\_ ASA: \_\_\_\_\_

**Fragebogen (Anamnese)**  
bitte vor dem Aufklärungsgespräch ausfüllen!

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen.  N = Nein  J = Ja

Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

War Ihr Kind ein **Frühgeborenes**?  N  J

Welche Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_

War nach der Geburt eine **Atemhilfe** erforderlich?  N  J

1. Wurde Ihr Kind in den letzten 4 Monaten **ärztlich behandelt**? Waswegen?  N  J

\_\_\_\_\_

Hat es zzt. oder hatte es in den letzten 3 Wochen einen **Infekt**?  N  J

Seit wann? \_\_\_\_\_

Leidet es an einer **anderen Infektion**?  N  J

Wurde Ihr Kind in den letzten 14 Tagen **geimpft**?  N  J

Wogegen? \_\_\_\_\_  
(Bitte Impfpass vorlegen.)

Traten Beschwerden auf?  N  J

2. Nahm Ihr Kind in den vergangenen Tagen oder Wochen **Medikamente** ein?  N  J

Welche? \_\_\_\_\_

3. Wurde Ihr Kind schon einmal **operiert**?  N  J  
(Bitte Eingriff und Jahr bezeichnen.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Traten nach einer **früheren Narkose / Regionalanästhesie / örtlichen Betäubung** Beschwerden auf?  N  J

Welche? \_\_\_\_\_

Traten bei Blutsverwandten Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Anästhesie auf?  N  J

5. Wurden Ihrem Kind schon einmal **Blut oder Blutbestandteile (Transfusion)** übertragen?  N  J  
Gab es Komplikationen?  N  J

6. Bestehen oder bestanden **folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen?**

**Herz/Kreislauf:** Die körperliche Leistungsfähigkeit ist eingeschränkt, Atemnot oder Blauwerden bei Anstrengung, Herzfehler, Herzerkrankung  N  J

oder \_\_\_\_\_  
(Bitte Herzpass vorlegen.)

**Atemwege/Lunge:** Bronchitis, Asthma, Pseudo-Krupp, Lungenentzündung, Tuberkulose, Schlafapnoe  N  J

oder \_\_\_\_\_

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

**Leber/Nieren:** Gelbsucht nach der Neugeborenenperiode, schwere Nierenfunktionsstörungen, Dialysepflicht  N  J

oder \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel:** Diabetes (Zuckerkrankheit), häufiges Erbrechen  N  J

oder \_\_\_\_\_

**Schilddrüse:** Unter- oder Überfunktion  N  J

**Nerven:** Nervenkrankheit, Krampfanfälle (Epilepsie)  N  J

oder \_\_\_\_\_

Traten bei Fieber Zuckungen oder Krämpfe auf?  N  J

**Augen:** Grüner Star, Kontaktlinsen  N  J

oder \_\_\_\_\_

**Blut:** Häufiges Nasenbluten, auffällig langes Bluten nach Verletzungen, blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Blutungsneigung bei Blutsverwandten  N  J

oder \_\_\_\_\_

**Muskeln, Skelettkrankungen:** Muskelschwäche  N  J

oder \_\_\_\_\_

Sind Ihnen Muskelerkrankungen bei Blutsverwandten des Kindes bekannt?  N  J

**Allergie** (z.B. Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeit** gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Inz, Pflaster, Latex (z.B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe)  N  J

oder \_\_\_\_\_



1 Perforationslinie zum Abtrennen

7. Andere Erkrankungen/Behinderungen?  N  J

8. Hat Ihr Kind wackelnde oder kariöse Zähne eine Regulierungsspange, Zahnprothese (z.B. Krone, Brücke)?  N  J

Zahnstatus (wird vom Arzt ausgefüllt)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
		V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V			
Re															Li
		V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

v = ersetzte Zähne                      c = kariöse Defekte  
 k = Krone                                    f = fehlende Zähne  
 h = Brücke                                 z = zerstörte Zähne

9. Raucht Ihr Kind?  N  J  
Wie viel täglich? \_\_\_\_\_

10. Nimmt oder nahm Ihr Kind Drogen?  N  J  
Welche? \_\_\_\_\_

11. Sonstige Umstände, die Ihnen wichtig erscheinen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Zusatzfragen nur für ambulante Eingriffe

1. Wer kümmert sich in den ersten 12 - 24 Stunden zu Hause um Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Name, Alter: \_\_\_\_\_

2. Ist eine ständige Betreuung gewährleistet?  N  J

3. Verfügen Sie über ein Telefon?  N  J

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

4. Ist die Wohnung von unserer Praxis/Klinik oder von der Praxis des Hausarztes innerhalb 30 Minuten erreichbar?  N  J

5. Steht Ihnen ein Auto mit Fahrer zur Verfügung oder ist ein Taxi schnell erreichbar?  N  J

6. Hausarzt / Überweisender Arzt:

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_

### Im Aufklärungsgespräch

Bitte erst nach dem Aufklärungsgespräch ausfüllen und unterschreiben! Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen.

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.  
Die Fragen zur Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Den abgetrennten Info-Teil bzw.  ein Zweitstück des Bogens habe ich zum Mitnehmen und Aufbewahren erhalten. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Vermerke der Ärztin / des Arztes \_\_\_\_\_ zum Aufklärungsgespräch:  
Name bitte eintragen

Erörtert wurden u.a.: das Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, Risiken spezieller Verfahren, risikohöhernde Besonderheiten, Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Wahrscheinlichkeit einer Bluttransfusion, Möglichkeit einer Eigenblutspende) sowie:

Falls der Info-Teil abgetrennt und mitgegeben wurde: Bitte Änderungen vermerken, z.B.: S, X, Abs, Y besprochen, S, X, Abs, Y gestrichen, Abb. Z Schriftführung eingetragen.

### Einwilligung

Nach gründlicher Überlegung willigen wir für den Eingriff \_\_\_\_\_ ein in:

Maskennarkose / Larynxmaske / Intubationsnarkose

Spezielles Verfahren: \_\_\_\_\_

Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen sind wir einverstanden.

Falls Sie bestimmte Maßnahmen ablehnen, bitte bezeichnen: \_\_\_\_\_

Datum, Uhrzeit                      Mutter / Vater / Sorgeberechtigte\*                      Ärztin / Arzt

### Weiterer Eingriff

Wir sind einverstanden, dass folgender weiterer Eingriff

(siehe Eingriff bezeichnen) \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ (siehe Anästhesieverfahren bezeichnen) erfolgt.

Datum, Uhrzeit                      Mutter/Vater/Sorgeberechtigte\*

\* Unterschrift ein Elternteil allein, z.B. bei er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

↓ Perforationslinie zum Abtrennen ↓