

**Bitte alle Fragen beantworten!**

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

	Ja	Nein
1. Hat ihr Kind einen Krampfanfall (Epilepsie, Fieberkrampf) gehabt?	J	N
2. Hat Ihr Kind bereits einmal einen Unfall mit einer Gehirnerschütterung (Hirnquetschung, Blutung in das Schädelinnere) gehabt?	J	N
3. Hat Ihr Kind bereits einmal eine Gelbsucht gehabt?	J	N
4. Leidet ihr Kind an Asthma oder Heuschnupfen?	J	N
5. Wird es wegen Asthma oder Heuschnupfen behandelt?	J	N
6. Hat Ihr Kind einen Herzfehler?	J	N
7. Hat Ihr Kind schon einmal eine Lungenentzündung oder andere schwere Lungenerkrankungen gehabt?	J	N
8. Ist bei Ihrem Kind eine Zuckerkrankheit festgestellt worden?	J	N
9. Leidet Ihr Kind an einer Nierenerkrankung?	J	N
10. Hat Ihr Kind bereits einmal eine Narkose bekommen?	J	N
11. Traten bei dieser Narkose Komplikationen auf?	J	N
12. Traten während der Narkose eines anderen Familienmitgliedes bereits einmal Komplikationen auf?	J	N
13. Hat Ihr Kind eine auffallende Blutungsneigung?	J	N
14. Hat oder hatte Ihr Kind eine schwere Erkrankung, die hier nicht aufgeführt ist?	J	N

---

---

---

**Einwilligungserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass der geplante Eingriff .....  
bei meinem Kind in Vollnarkose bzw. Regionalanästhesie ..... durchgeführt wird.  
Diese Einverständniserklärung schließt die notwendige anästhesiologische Nachbehandlung  
(z.B. Beatmung, zentraler Venenkatheter) mit ein.  
Es wird noch einmal betont, dass ein Restrisiko bei jeder Narkose trotz ausführlichster Vor-  
Untersuchung bestehen bleibt.  
Ich (Wir) habe(n) keine weiteren Fragen an den Anästhesisten; diese Aufklärung reicht mir (uns) aus.

.....  
Aufklärender Arzt

.....  
Unterschrift der Eltern bzw. der Sorgeberechtigten

Köln, den .....