



Liebe Eltern,

Ihrem Kind steht eine ambulante Operation in Vollnarkose bevor. Ich möchte Sie darüber informieren, was Sie wissen und beachten müssen, damit Narkose und Operation für Ihr Kind möglichst angenehm und mit größtmöglicher Schonung und Sicherheit verlaufen.

- Es ist bekannt, dass Kinder weniger Angst haben, wenn sie über das bevorstehende Ereignis im Vorfeld informiert werden. Bereiten Sie Ihr Kind deshalb nach Möglichkeit auf Narkose und Operation vor.
- In unserem persönlichen Gespräch können Sie mir alle Fragen, die im Zusammenhang mit der Narkose stehen, stellen. Bitte notieren Sie auf dem Anästhesie-Kinder-Fragebogen die Fragen, die Ihnen besonders wichtig erscheinen.

#### Am Operationstag:

**Ihr Kind darf sechs Stunden vor dem Operationstermin nicht mehr essen und trinken. Auch Kaugummis und Bonbons sind nicht erlaubt. Für Kinder unter 12 kg gilt eine Nahrungskarenz von vier Stunden. Die letzte Nahrung sollte dabei flüssig sein.**

- **Zwei Beispiele:**
  - OP-Termin um 8.00 Uhr – letzte Nahrungsaufnahme um 2.00 Uhr.
  - OP-Termin um 13.00 Uhr – letzte Nahrungsaufnahme um 7.00 Uhr.
- **Halten Sie den ausgefüllten Anästhesie-Kinder-Fragebogen bereit.**

#### Vor der Narkose:

- **Bitte sorgen Sie dafür, dass Ihr Kind unmittelbar vor dem Eingriff die Blase entleert.**
- **Ihr Kind erhält vor der Narkoseeinleitung ein Beruhigungsmittel in Form eines Saftes.**

#### Bei Kindern bis ca. sieben Jahre:

Bei Kindern bis ca. sieben Jahre wird die Narkose mit der Maskenanästhesie eingeleitet. Ihr Kind atmet über eine Gesichtsmaske eine Mischung aus Sauerstoff und Narkosegas ein bis es einschläft. Sie können das Ihrem Kind als ein Spiel mit einem Luftballon beschreiben, um ihm die Angst davor zu nehmen.

#### Bei älteren Kindern:

Bei älteren Kindern wird eine Venenkanüle gelegt. Die Einstichstelle wird vorher durch ein Spray betäubt, so dass keine Schmerzen entstehen. Nach der Injektion des Einschlafmittels durch die liegende Kanüle schläft ihr Kind rasch ein.

Die endgültige Entscheidung über die Art der Narkose treffe ich zusammen mit Ihnen und Ihrem Kind vor der Operation.

Dauert die Narkose länger an, wird nach dem Einschlafen ein Schlauch in die Luftröhre gelegt (Intubation). Dadurch kann es nach der Narkose zu vorübergehenden Halsbeschwerden kommen.

In der Regel können Sie mit Ihrem Kind ca. eine Stunde nach Ende der Narkose die Praxis verlassen.

#### Nach der Narkose:

- Ihr Kind kann nach der Narkose eine Kleinigkeit essen und trinken. Sie können gerne etwas in die Praxis mitbringen. Beachten Sie dabei, dass nach kieferchirurgischen Eingriffen nur flüssige, bzw. breiige Kost gegessen werden kann, z. B. Joghurt oder Pudding.
- **Halten Sie Ihr Kind in Ihrer Obhut. Lassen Sie es nicht alleine außerhalb der Wohnung spielen. Das gilt für den Zeitraum von 24 Stunden.**
- Falls vom Operateur keine anderen Empfehlungen gegeben werden, kann Ihr Kind nach Belieben essen und trinken. Achten Sie darauf, dass es leichte Kost zu sich nimmt.
- **Klagt Ihr Kind über Schmerzen, geben Sie ihm die verordneten Medikamente in der vorgeschriebenen Dosierung.**
- Gelegentlich kommt es nach der Narkose zu Muskelschmerzen („Muskelkater“), die üblicherweise ohne Behandlung nach 1-2 Tagen verschwinden.

Sollten Probleme auftauchen, die Sie auf die Narkose zurückführen, erreichen Sie mich jederzeit unter der oben genannten Telefonnummer.

Bitte vergessen Sie nicht den Fragebogen zum Befinden des Kindes nach der Operation auszufüllen. Sie können ihn beim nächsten Besuch abgeben oder direkt an meine Adresse senden.

**Für Ihre Unterstützung bedankt sich**

Marek Goluchowski

**Patienten-Fragebogen  
zum Befinden nach der Operation**  
(Kinder) – bitte falten und an die Praxis senden

bitte ausfüllen:

Marek Goluchowski  
Facharzt für Anästhesiologie  
Rettungsmedizin

Paul-Wiegand-Straße 6  
37671 Hörter

Name: \_\_\_\_\_  
Operationsdatum: \_\_\_\_\_  
Operateur: \_\_\_\_\_  
Anästhesist: \_\_\_\_\_  
Operation: \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind zu Hause einer der folgenden Beschwerden?

	nein	ja	leicht	schwer	Betruhe oder Behandlung erforderlich
1. Müdigkeit					
2. Übelkeit					
3. Erbrechen					
4. Schwindel					
5. Kopfschmerzen					
6. Muskelbeschwerden					
7. Halsbeschwerden					
8. Schmerzen					
9. Blutungen					
10. Sonstiges					

ja  nein

Konnte Ihr Kind wie gewohnt essen und trinken?

▪ Wenn nicht, warum nicht? \_\_\_\_\_

Zeigte Ihr Kind am Tag nach der Narkose sein gewohntes Verhalten? (z. B. beim Spielen)

▪ Wenn nicht, warum nicht? \_\_\_\_\_

Würden Sie Ihr Kind noch einmal ambulant operieren lassen?

Wie empfanden Sie die Betreuung?

sehr gut  gut  befriedigend  schlecht

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Anästhesie-Patienten-Fragebogen**  
 - bitte sorgfältig ausfüllen -  
 (Kinder)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name der/des Versicherten: \_\_\_\_\_

Geplante Operation: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

1. Befanden sich Ihr Kind in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wegen welcher Erkrankung?  
 \_\_\_\_\_

2. Erfolgt in den letzten 14 Tagen Impfungen?  ja  nein

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

3. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

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

4. Wurde Ihr Kind schon ein mal operiert?  ja  nein

Wann und weswegen?  
 \_\_\_\_\_

- Ergaben sich bei der Narkose Besonderheiten?  ja  nein

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

- Kam es bei Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit der Narkose?  ja  nein

Leidet oder litt Ihr Kind an einer der folgenden Erkrankungen?

5. Muskelerkrankung und Muskelschwäche?  ja  nein

Gab es oder gibt es eine solche Erkrankung bei Ihren Blutsverwandten?

6. Ist die körperliche Leistungsfähigkeit des Kindes eingeschränkt?  ja  nein

7. Wird es bei großen Anstrengungen blau?  ja  nein

8. Hat es starke Atemnot bei Anstrengungen?  ja  nein

9. Ist ein Herzfehler bekannt?  ja  nein

10. Leidet Ihr Kind häufig an Atemswegerkrankungen?  ja  nein

z. B. Bronchitis, Atemnot, Asthma, Tuberkulose, Krupp'sche Erkrankung?

**11. Leber, Niere, Blutungsneigung**

- Leidet oder litt Ihr Kind an Gelbsucht?  ja  nein

- Vermehrte Blutungsneigung?  ja  nein

- Neigung zu blauen Flecken?  ja  nein

- Blasenentzündungen?  ja  nein

- Infektionen der Harnwege mit hohem Fieber?  ja  nein

**12. Gehirn und Nervensystem?**

z. B. Nervenkrankheit mit Fieber, Zuckungen oder Krämpfe, Krampfleiden?  ja  nein

**13. Allergien?**

z. B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Pflaster oder Medikamente?  ja  nein

**14. Stoffwechsel**

- Leidet Ihr Kind an Zuckerkrankheit?  ja  nein

- Fruchtzuckerunverträglichkeit  ja  nein

**15. Hat es eine andere Erkrankung der Hormondrüsen (Schilddrüse, Nebenniere)?**

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

**16. Hat Ihr Kind eine Augenerkrankung?**  ja  nein

**17. Hat Ihr Kind ein schadhaftes Gebiss?**  ja  nein

**18. Leidet Ihr Kind öfters an Mandelentzündungen?**  ja  nein

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

**19. Hat Ihr Kind Ohrenerkrankungen?**  ja  nein

**20. Sonstige Besonderheiten?**  ja  nein

z. B. Unfälle, nicht aufgeführte Vorerkrankungen, besondere Vorerkrankungen, Behinderungen?

Ich habe keine weiteren Fragen mehr.  ja

Ich habe folgende Fragen:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Über folgende mögliche Komplikationen wurde ich aufgeklärt:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Den Inhalt des Patienten-Merkblattes habe ich persönlich zur Kenntnis genommen.

Ich willige ein, dass die geplante Operation in Vollnarkose ausgeführt wird.

\_\_\_\_\_  
 Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r

\_\_\_\_\_  
 Datum Unterschrift Anästhesist/-in

NAME: \_\_\_\_\_