



# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN KINDER

	ja	nein	Ich weiss nicht / Bemerkungen
13. Hat Ihr Kind andere Erkrankungen der Atemwege?			
14. Ist Ihr Kind allergisch? Wenn ja, gegen was? (Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Tiere, Medikamente, Verbandsmaterial ...)			
15. Sind in Ihrer Familie besondere Allergien bekannt?			
16. Hat Ihr Kind oft Nasenbluten und blaue Flecke; und seine Eltern?			
17. Hat Ihr Kind eine Nervenkrankheit? Wenn ja, welche? (z. B. Epilepsie, Lähmung, Entwicklungsrückstand...)			
18. Leidet Ihr Kind an einer Muskelkrankheit oder Muskelschwäche?			
19. Ist Ihr Kind zuckerkrank? Wenn ja, wieviel Insulin braucht es?			
20. Hat Ihr Kind Augenkrankheiten? Wenn ja, welche?			
21. Hat Ihr Kind Asthma? Wenn ja, nimmt es Medikamente? Welche ?			
22. Möchten Sie uns andere Besonderheiten mitteilen?			
23. Haben Sie mit Ihrem Kind über die bevorstehende Operation gesprochen?			
24. Hört Ihr Kind auf einen Spitznamen? Wenn ja, auf welchen?			
25. <b>Nur wen der Fragebogen am Operationstag ausgefüllt wird</b> Wann hat Ihr Kind zum letzten Mal getrunken? Wann hat Ihr Kind zum letzten Mal gegessen?			

Datum : \_\_\_\_\_

Unterschrift eines Elternteils : \_\_\_\_\_