


Orthopädie OSS 1130 Wien, Speisingerstr. 109	Anamnesebogen Kinder und Jugendliche	 Orthopädisches Spital Speising Wien
FOR - ISO: 8.2.1 Kommunikation mit den Kunden Version: 8.0 ORT17	Qualitätsmanagement pCC inkl. ISO	

Bitte füll das Formular gemeinsam mit einem Elternteil oder Erziehungsberechtigten aus!

Patientenetikette

1. ALLGEMEINES:

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Lebensalter: _____

Hast Du eine Allergie? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Nimmst Du regelmäßig Medikamente? Nein
 Ja (Bitte füllen Sie das beiliegende Medikamentenblatt aus)

Hast Du oder hattest Du orthopädische Erkrankungen? (Weitere orthopädische Vorerkrankungen)

Seit wann?	Art der Erkrankung

Welche Kinderkrankheiten hattest Du?

- Masern
- Mumps
- Feuchtblattern
- Röteln
- Sonstiges: _____

Hattest du bereits orthopädische Voroperationen? (Weitere orthopädische Voroperationen)

Wann?	Art der Operation	Ort (Krankenhaus) der OP

Frühere Operationen?

- Mandeloperation
- Blinddarmoperation
- Andere OP: _____

 **Bitte die Rückseite ausfüllen!**

Bist Du sportlich aktiv? Nein Ja ,Sportarten: _____

Verwendest Du orthopädische Hilfsmittel (z.B. Schuheinlagen)? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

2. BITTE BEI KINDERN BIS ZUM 12. LEBENSJAHR AUSFÜLLEN:

Familienanamnese:

Wie viele Geschwister hast Du? _____

Gibt es in Deiner Familie angeborene orthopädische Erkrankungen (z.B. Hüftdysplasie, Fußdeformitäten, Klein- oder Minderwuchs)? Nein Ja

Gibt es in Deiner Familie andere angeborene Erkrankungen (z.B. Stoffwechselerkrankungen, Fehlbildungen, etc.)? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Schwangerschaftsanamnese:

Ist die Geburt normal verlaufen? Nein Ja

Wenn nein: Kaiserschnitt Beckenendlage Frühgeburt

Geburtsgewicht: _____ Größe bei Geburt: _____

APGAR (siehe Mutter-Kind-Pass): _____

Wurde Ihr Kind kurz nach der Geburt künstlich beatmet? Nein Ja

Entwicklung Ihres Kindes:

Wurden Hüftultraschalluntersuchungen nach der Geburt durchgeführt? Nein Ja

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Wann konnte Ihr Kind frei sitzen? _____

Wann konnte Ihr Kind frei gehen? _____

Sozialanamnese:

In welche Schule geht Ihr Kind? _____

Wo lebt Ihr Kind? : Eltern Mutter Vater Sonstige: _____

3. BITTE BEI JUGENDLICHEN AB DEM 12. LEBENSJAHR AUSFÜLLEN:

Rauchst Du? Nein Ja. Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Trinkst Du Alkohol? Nie gelegentlich Täglich. Wie viel? _____

1. War Ihr Kind während des letzten halben Jahres häufiger als 2 x in stationärer Behandlung?

Nein Ja

2. Wohnt Ihr Kind in einem Pflegeheim? Nein Ja

3. Hat Ihr Kind chronische Wunden oder Hautdefekte? Nein Ja

4. Leidet Ihr Kind an einer schuppenden Hauterkrankung? Nein Ja

5. Wurde bei Ihrem Kind während des letzten Jahres MRSA und/oder VRE und/oder MRGN nachgewiesen (Krankenhauskeim)? Nein Ja

6. War Ihr Kind während des letzten Jahres im Ausland in stationärer Behandlung? Nein Ja

Ist eine Frage mindestens mit „ja“ beantwortet → weitere Vorgehensweise siehe Dokumentenbib.

HYG71 Checkliste MRE Ambulanz und HYG72 Checkliste MRE Station

 **Bitte die Vorderseite ausfüllen!**

Ersteller: Fröschl-Engl Elvira

Freigabe: Wolman Katharina

Gültig ab: 14.04.2016

Gültig bis: 14.08.2018

Druckdatum: 16.04.2018