|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Vorname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Adresse: |  |
| Geschlecht: | □ Männlich □ Weiblich |
| Erste Diagnose des Williams-Beuren-Syndroms: |  |
| Bekannte Herzfehler bei Ihrem Kind: |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ist Ihr Kind schon mal operiert worden? | □ Ja □ Nein |

Wenn ja, bitte ausfüllen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Operation | Datum | Krankenhaus |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Hat ihr Kind im Rahmen eines Eingriffes oder einer Untersuchung (z.B. Herzkatheteruntersuchung, Ösophagogastroduedonoskopie, Coloskopie, MRT-Untersuchung) eine Sedierung gebraucht?

Wenn ja, bitte ausfühlen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Untersuchung/Eingriff | Datum | Krankenhaus |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gab es im Rahmen der Narkosen/Sedierungen Komplikationen?  | □ Ja □ Nein |
| Wenn ja, welche? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Weitere Diagnosen bei Ihrem Kind: |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Bekannte Allergien bei Ihrem Kind: |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Medikamenteneinnahme bei Ihrem Kind: |  |
|  |  |
|  |  |