



Anamnesebogen Kinder

Liebe Eltern,

um Ihr Kind im Rahmen der geplanten Vorstellung optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, diesen Fragebogen vor dem ersten Termin so gut wie möglich auszufüllen. Wenn Sie etwas nicht auf Anhieb wissen sollten oder nicht beantworten möchten, lassen Sie die Frage einfach offen. Falls der Platz nicht ausreicht, benutzen Sie bitte auch die Rückseite. Selbstverständlich ist die Beantwortung der Fragen freiwillig und ich garantiere absolute Vertraulichkeit.

Patient:

Nachname, Vorname

Geb.-Datum

Anschrift: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Mutter:

Nachname, Vorname

Geb.-Datum

Beruf

Telefon Festnetz

Mobiltelefon

E-Mail

Chronische Erkrankungen der Mutter

(z. B. Asthma, Neurodermitis, Diabetes, Heuschnupfen)

Besondere familiäre Situation

(z. B. Adoption, „Stief“-Mutter, getrennt lebend)

Sorgerecht:

Mutter und Vater nur Mutter nur Vater

andere

Versicherung:

gesetzl. versichert (bei mir als Selbstzahler mögl.)

privat versichert Beihilfeanteil %

Krankenkasse

Selbstbeteiligung nein ja %

Das Kind ist mitversichert bei Mutter Vater

Vater:

Nachname, Vorname

Geb.-Datum

Beruf

Telefon Festnetz

Mobiltelefon

E-Mail

Chronische Erkrankungen des Vaters

(z. B. Asthma, Neurodermitis, Diabetes, Heuschnupfen)

Besondere familiäre Situation

(z. B. Adoption, „Stief“-Vater, getrennt lebend)

Hat Ihr Kind **Geschwister**?

nein ja wenn ja, wie viele?

Geb.-Jahr(e):

Chronische Krankheiten:

Andere behandelnde Ärzte:

Bisheriger **Kinderarzt**, Name Telefon
PLZ, Ort

weiter Arzt, Name Telefon
PLZ, Ort

Zahnarzt, Name Telefon
PLZ, Ort

Hebamme, Name Telefon
PLZ, Ort

Schwangerschaft:

Kinderwunschbehandlung vorausgegangen
 ja nein

Vorangegangene Fehlgeburten:

Dauer der Schwangerschaft Wochen

Besonderheiten in der Schwangerschaft?

nein ja (wenn ja, wann und welche?)

Stillen:

voll teil
Dauer: Dauer:

angeborene Erkrankungen?

nein ja (wenn ja, welche?)

Auffälligkeiten in der frühkindlichen Entwicklung?

nein ja (wenn ja, welche?)

Besucht Ihr Kind derzeit eine

Tagesmutter

Schule Schultyp Klasse
welche:

Besonderheiten oder Probleme in der Kita/Schule

Entbindung:

- spontan
- Zange
- Saugglocke
- Kaiserschnitt

Ort:

Geburtsgewicht: g

Geburtslänge: cm

Kopfumfang: cm

Besonderheiten in der schulischen Entwicklung?

- nein ja (wenn ja, welche?)

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind überdurchschnittlich häufig krank ist?

- nein
 ja, wenn ja wie oft

- in den Herbst-/Wintermonaten? mal

- in den Frühjahrs-/Sommermonaten? mal

Infektionskrankheiten?

- nein ja (wenn ja, wann und welche?)

Häufige Infekte?

(z. B. Mittelohr-/Mandelentzündung, Bronchitis, Lungenentzündung)

- nein ja (wenn ja, welche und wann?)

Antibiotika?

- nein ja (wenn ja, wann und wogegen?)

Neigt Ihr Kind zu Durchfall oder Verstopfung?

- nein ja (was?, tun sie etwas dagegen?)

Sind Sie mit der Ernährung Ihres Kindes zufrieden?

- ja nein (was würden Sie gern ändern?)

Sonstige Erkrankungen?

nein ja (wenn ja, welche?)

Gibt es sonst noch etwas Wichtiges zu wissen?

nein ja (wenn ja, was?)

Krankenhausaufenthalte?

nein ja (wenn ja, wann und warum?)

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind täglich vor dem TV/PC/Nintendo/Playstation etc.?

Was macht Ihr Kind am Liebsten drinnen und draußen?

Medikamente – Akutmedikation:

nein ja (wenn ja, welche?)

Medikamente – Dauermedikation:
(auch Asthmasprays und med. Hautcremes)

nein ja (wenn ja, welche?)

Diese Angaben werden bei mir gespeichert und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Eine Weitergabe an Dritte ist absolut ausgeschlossen.

Bitte bringen Sie auch das gelbe Untersuchungsheft und – falls schon vorhanden – den Impfausweis mit.

Ort/Datum

Erziehungsberechtigte(r)