

Anamnesebogen

Sehr geehrte Eltern / Erziehungsberechtigte,

bitte füllen Sie die folgenden Fragen zu unserer Information aus. Diese Daten werden an keine dritte Person weitergegeben, sondern verbleiben in der Patientenakte Ihres Kindes nur in unserer Praxis.

Vor- und Nachname des Patienten: _____

Geb.Datum: _____ Geburtsort: _____

Vor- und Nachname Vater: _____, geb. am _____

Vor- und Nachname Mutter: _____, geb. am _____

Straße / Ort: _____

Telefon/Handy: _____

E-mail: _____

Krankenkasse des Patienten: _____

Hauptversicherter: _____

Familienstand der Eltern:

- verheiratet
- unverheiratet
- geschieden
- verwitwet

Sorgerecht:

- gemeinsam
- getrennt:

Geschwisterkinder:

1. _____, geb. am _____ Erkrankungen: _____

2. _____, geb. am _____ Erkrankungen: _____

3. _____, geb. am _____ Erkrankungen: _____

Familiensprache/Muttersprache: _____

Erkrankungen der Eltern/Familienmitglieder? (bitte einkringeln)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien/Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hüfterkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Genetische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Schwerbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Verzögerte Sprachentwicklung |

Bisherige Erkrankungen des Patienten:

Operationen: _____ bisher keine OPs

Dauermedikamente (mit Dosierung):

keine Medikamente

Bisherige Entwicklung Ihres Kindes: problematisch unproblematisch

Schwangerschaftsverlauf: unproblematisch

problematisch, wegen: _____

Geburtsklinik: _____ Schwangerschaftsdauer: _____ Wochen

Geburt: spontan / Kaiserschnitt / Beckenendlage / Vacuum Extraktion

Geburtsgewicht: _____ -länge: _____ Kopfumfang: _____

Auffälligkeiten? _____ keine

Wortschatz aktuell (Muttersprache): 20 / 50 / 100 / über 200 Wörter

Schulbesuch/ Kindergarten: _____

Nachmittagsbetreuung: _____

Hobbies: _____

Sozialkontakte/Freunde: keine / wenige / normal / viele

TV/PC/Smartphone-Zeit pro Tag: _____ in Stunden

Körperliche Bewegung pro Tag: _____ in Stunden

Schulische Probleme: _____ keine

Stimmung/Emotionalität: (aktuell; bitte ankreuzen):

risikofreudig schüchtern aggressiv traurig depressiv

glücklich ausgeglichen fröhlich impulsiv ängstlich

antriebslos motiviert ungeduldig geduldig

selbst-/fremdverletzend

Datum: _____ Unterschrift: _____

Für Arztwechsler:

Wer war Ihr bisheriger Kinderarzt? _____

Was ist der Wechselgrund in unsere Praxis? _____

Hiermit erkläre(n) ich/wir uns einverstanden, dass die vorherigen Arztbefunde beim ehemaligen Kinderarzt abgefragt werden dürfen.

Datum: _____ Unterschrift: _____