

Anamnesebogen für Neuaufnahmen Jugendliche (2)

Liebe Patientin, lieber Patient,

für ein vertrauensvolles, offenes und ehrliches Arzt-Patienten-Verhältnis und um dich in unserer Praxis bestmöglich betreuen zu können, möchten wir dich um deine Mitarbeit bitten. Bitte fülle den folgenden Fragebogen nach bestem Wissen aus. Hast du deine Eltern zum Termin mitgebracht, so macht die Angaben gern zusammen. Das Beantworten der Fragen ist natürlich freiwillig, hilft uns aber, dich schneller kennenzulernen. Die Informationen werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für deine Hilfe!

Allgemeine Angaben:

Dein Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Relevante Vorerkrankungen: _____

Dauermedikation: _____

Allergien: _____

Vorausgegangene Operationen: _____

Raucher: nein ja (auch E-Zigarette/Shisha, etc.);
wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag: _____

Alkoholkonsum: nie selten regelmäßig (z.B. jedes Wochenende) täglich

Drogen: nein ja; wenn ja, welche: _____

Schule/Ausbildung (bitte Name der Einrichtung/Ausbildungsstelle): _____

Klassenstufe: _____

Schulschwierigkeiten (Leistungen, Mobbing, etc.): _____

Hobbies: _____

Blatt 2 zu

Angaben der Eltern:

leibliche Eltern getrennte Familie Pflegefamilie Adoptivfamilie

1.Elternteil: Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Nationalität: _____ Muttersprache: _____

Chronische Erkrankungen (Asthma bronchiale, Bluthochdruck, Neurodermitis, Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes mellitus, Erkrankungen des Blutes; Herz-Kreislaufkrankungen):

Ausbildung/Beruf: _____ jetzige Tätigkeit: _____

1.Elternteil: Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Nationalität: _____ Muttersprache: _____

Chronische Erkrankungen (Asthma bronchiale, Bluthochdruck, Neurodermitis, Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes mellitus, Erkrankungen des Blutes; Herz-Kreislaufkrankungen):

Ausbildung/Beruf: _____ jetzige Tätigkeit: _____

Geschwisterkinder:

Name _____ Geburtsdatum _____ Vorerkrankungen _____

Persönliche Daten/Kontakt des Patienten:

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____
(Straße, Hausnummer) (PLZ, Ort)

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient/-in)

(Unterschrift Sorgeberechtigte)