

## Anamnesebogen für Neuaufnahmen Säuglinge und Kinder (1)

*Liebe Patientin, lieber Patient,*

*für ein vertrauensvolles, offenes und ehrliches Arzt-Patienten-Verhältnis und um Ihr Kind in unserer Praxis bestmöglich betreuen zu können, möchte wir Sie um Ihre Mitarbeit bitten. Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen zum Gesundheitszustand und Umfeld Ihres Kindes nach bestem Wissen aus. Alle Angaben erfolgen natürlich auf freiwilliger Basis. Die Informationen werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.*

*Vielen Dank für Ihre Hilfe!*

### Allgemeine Angaben zum Kind:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Relevante Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

Dauermedikation: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Vorausgegangene Operationen: \_\_\_\_\_

Bestehender Förderbedarf (Logo/Ergo/Physio, Anbindung SPZ, Frühförderstelle): \_\_\_\_\_

KiTA/Kindergarten/Schule (bitte Name der Einrichtung): \_\_\_\_\_

Klassenstufe: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Geburt:

Spontangeburt  Kaiserschnitt

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt in der Kinderklinik nach Geburt:  ja  nein

wenn ja, wegen: \_\_\_\_\_

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,...):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ausbildung/Beruf: \_\_\_\_\_ jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**1.Elternteil:** Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen (Asthma bronchiale, Bluthochdruck, Neurodermitis, Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes mellitus, Erkrankungen des Blutes,...):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 Sorgeberechtigte)