

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: _____

Bisheriger Kinderarzt: _____

Relevante Vorerkrankungen: _____

Dauermedikation: _____

Allergien: _____

Vorausgegangene Operationen: _____

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

KiTA/Kindergarten/Schule (bitte Name der Einrichtung): _____

Klassenstufe: _____

Blatt 2 zu

Angaben zur Geburt:

Spontangeburt Kaiserschnitt

Geburtsort: _____

Geburtsgewicht: _____ Schwangerschaftswoche: _____

Krankenhausaufenthalt in der Kinderklinik nach Geburt: ja nein

wenn ja, wegen: _____

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: _____

2. 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

Blatt 3 zu

Persönliche Daten/Kontakt des Patienten:

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

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift Sorgeberechtigte)