



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-Adresse

Chronische Erkrankungen der Mutter

(z. B. Asthma, Neurodermitis, Diabetes)

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 %

Selbstbeteiligung ☐ nein ☐ ja %

Das Kind ist mitversichert bei ☐ Mutter ☐ Vater

Krankenkasse

Vater:

Nachname, Vorname

Geb.-Datum

Beruf

Telefon Festnetz

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

Chronische Erkrankungen des Vaters

(z. B. Asthma, Neurodermitis, Diabetes)

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

Schwangerschaft:

Kinderwunschbehandlung vorausgegangen ☐ ja ☐ nein
Vorangegangene Fehlgeburten:

Dauer der Schwangerschaft Wochen

Entbindung:

☐ spontan Ort:
☐ Zange/Saugglocke
☐ Kaiserschnitt Geburtsgewicht: g

angeborene Erkrankungen?

☐ nein ☐ ja (wenn ja, welche?)

Besucht Ihr Kind derzeit eine

☐ Kita ☐ Tagesmutter

☐ Schule Schultyp Klasse

welche:

Besonderheiten oder Probleme in der Kita/Schule

Besonderheiten in der Schwangerschaft?

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

Stillen:

☐ voll ☐ teil
Dauer: Dauer:

Auffälligkeiten in der frühkindlichen Entwicklung?

☐ nein ☐ ja (wenn ja, welche?)

Besonderheiten in der schulischen Entwicklung?

☐ nein ☐ ja (wenn ja, welche?)

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?)

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

Sonstige Erkrankungen / Allergien?

☐ nein ☐ ja (wenn ja, welche?)

Krankenhausaufenthalte?

☐ nein ☐ ja (wenn ja, wann und warum?)

Gibt es sonst noch etwas Wichtiges zu wissen?:

☐ nein ☐ ja (wenn ja, was?)

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind täglich vor dem TV/PC/Nintendo?**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)