



Anamnesebogen für Kinder

Liebe Eltern,

Sie sind heute zum ersten Mal bei uns. Damit wir uns gleich Ihrem Anliegen widmen können, bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Um die körperliche und seelische Gesundheit Ihres Kindes zu beurteilen, sind wir auf Ihre Informationen zur Gesundheit und der Situation in der Familie angewiesen. Bitte füllen Sie die folgenden Fragen aus.

Die Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Fragen die Sie nicht beantworten möchten, können Sie einfach auslassen.

Name des Kindesgeb.am.....

Adresse:.....

Tel.....

Handy.....

Email.....

Mutter.....geb.....

Beruf.....

Vater.....geb.....

Beruf.....

Sorgeberechtigt: beide Eltern O Mutter O Vater O
andere.....

Besondere Familiensituation: (allein erziehend, schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes, Umzug, Trennung, Tod)

.....
.....

Geschwister (Name, Besonderheiten, Alter)

.....
.....
.....

Sind in der Familie, insbesondere bei der Mutter, Vater und Geschwistern folgende Erkrankung bekannt?

	nein	ja	Wenn ja, bei wem
Asthma			
Allergien			
Neurodermitis			
Bluthochdruck			
Diabetes mellitus			
Hüftdysplasie			
Nierenerkrankung			
Fieberkrämpfe			
Epilepsie			
Schilddrüsenerkrankungen			
Andere chron. Erkrankungen			

Schwangerschaft und Geburt

Gab es in der Schwangerschaft Besonderheiten oder Auffälligkeiten?

.....

Geburt: spontan Kaiserschnitt Sauglocke in derSSW

Geburtsgewicht:.....

Gab es unter oder nach der Geburt Probleme oder Schwierigkeiten bei der Mutter oder beim Kind?

.....

Neugeborenen-Gelbsucht mit Lampenbehandlung Neugeboreneninfektion

andere.....

Entwicklung

Krabbeln mitMonaten Freies Sitzen mit.....Monaten

Freies Gehen mit.....Monaten Erste Worte mit.....Monaten

Welche Sprache wird hauptsächlich in der Familie / mit dem Kind
gesprochen.....

außerdem sprechen wir.....

Betreuung des Kindes durch: Eltern Großeltern Tagesmutter Krippe Kindergarten

Schule.....

Durchgemachte Erkrankungen

.....

.....

.....

Fieberkrämpfe Pseudokrampfanfälle muss oft inhalieren

Operationen: nein ja falls ja,

welche.....

Krankhausaufenthalte: nein ja falls ja, wo und

warum.....

.....

chronische Erkrankungen: nein ja falls ja, welche

.....

.....

.....

Allergien: nein ja falls ja, welche

.....

.....

.....

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? nein ja falls ja, welche und in welche

Dosierung.....

.....

Ich bin mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? nein ja

Ich mache mir Sorgen über

.....
.....
.....
.....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an uns?

.....

Datum

Unterschrift