



Anamnesebogen für Kinder ◦ Kinder- und Jugendarztpraxis Lengede

Liebe Eltern, liebe Patienten,

um ihr Kind/ Euch im Rahmen der geplanten Vorstellung optimal betreuen zu können, bitten wir Sie/ Euch, diesen Fragebogen so gut wie möglich auszufüllen. Selbstverständlich ist die Beantwortung der Fragen freiwillig und unterliegt der Schweigepflicht.

Angaben zum Kind:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Angaben zur Geburt:

Geburtsort: _____

Schwangerschaftswoche: _____

Geburtsgewicht: _____ g Art der Geburt: spontan Zange Kaiserschnitt

Besonderheiten in der Schwangerschaft: _____

Weitere Fragen:

Kindergarten/ Schule/ Klasse: _____

bei Arztwechsel, früherer Arzt: _____

Ist ihr Kind geimpft? ja nein
bitte Impfausweis vorlegen

Ist ihr Kind Brillenträger? ja nein

Hat ihr Kind eine Unverträglichkeit/ Allergie? ja nein
welche?

Leidet ihr Kind an schwerwiegenden Erkrankungen? ja nein
welche ?

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein
welche?

Hatte ihr Kind schon eine Operation? ja nein
was und wann ?

Befindet sich ihr Kind in therapeutischer Behandlung (Frühförderung/ Physio/ Ergo/ Logo/ Psychotherapie)?

ja nein

In welcher Praxis findet das statt?

Angaben der Eltern:

leibliche Eltern Adoptiveltern Pflegeeltern

Name, Vorname der **Mutter**: _____ Geburtsdatum: _____

Erlernter Beruf: _____ jetzige Tätigkeit: _____

Chronische Erkrankungen: _____
(z.B. Allergien, Neurodermitis, Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen etc.)

Name, Vorname des **Vaters**: _____ Geburtsdatum: _____

Erlerner Beruf: _____ jetzige Tätigkeit: _____

Chronische Erkrankungen: _____
(z.B. Allergien, Neurodermitis, Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen etc.)

Angaben zu Geschwistern:

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Krankheiten: (z.B. Allergien, Neurodermitis, Bluthochdruck, Diabetes, Hüftdysplasie, Entwicklungsstörungen, etc.)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Kontaktdaten:

Straße/ Hausnummer: _____

Postleitzahl/ Wohnort: _____

Telefonnummer Handy: _____ Festnetz: _____

Email Adresse: _____

Bei Privatpatienten bitte Rechnungsadresse (falls abweichend): _____

- Ich habe die Datenschutzerklärung erhalten und zur Kenntnis genommen
- sollte ich anstehende Impfungen oder Vorsorgen verpasst haben, möchte ich gern informiert werden :)

Datum: _____ Unterschrift: _____