

# Anamnesebogen

Kinderarztpraxis Lichterfelde West  
Dr. Anne-Kathrin Pieper  
Dr. Franziska Kaiser

Name, Vorname Patient\*in: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Entwicklungsauffälligkeiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nationalität/ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Patient lebt bei: \_\_\_\_\_ Telefonnummer (Eltern): \_\_\_\_\_

Schule/ Kindergarten: \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte: \_\_\_\_\_

**Geschwister:** Anzahl

Name, Alter: \_\_\_\_\_ Krankheiten: \_\_\_\_\_

Name, Alter: \_\_\_\_\_ Krankheiten: \_\_\_\_\_

Name, Alter: \_\_\_\_\_ Krankheiten: \_\_\_\_\_

Name, Alter: \_\_\_\_\_ Krankheiten: \_\_\_\_\_

Name, Alter: \_\_\_\_\_ Krankheiten: \_\_\_\_\_

vorheriger Kinderarzt\*in: \_\_\_\_\_

### **Datenschutzerklärung**

**Hiermit habe ich als Elternteil die beiliegende Datenschutzverordnung zur Kenntnis genommen.**

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Berlin, den \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_