



## Anamnesebogen

Liebe Eltern, bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

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

### Angaben zur Familie:

Mutter:

Name & Geburtsdatum:.....

Beruf: .....

Chron. Erkrankungen (Allergien, Fehlsichtigkeit, andere Erkrankungen):

o nein o ja: .....

Vater:

Name & Geburtsdatum:.....

Beruf: .....

Chron. Erkrankungen (Allergien, Fehlsichtigkeit, andere Erkrankungen):

o nein o ja: .....

Geschwister:

o nein o ja, wieviele, Name:.....

Chron. Erkrankungen (Allergien, Fehlsichtigkeit, andere Erkrankungen):

o nein o ja: .....

Eltern getrennt lebend: o nein o ja, seit wann: .....

Gemeinsames Sorgerecht: o ja o nein, sorgeberechtigt ist: .....

Weitere Familienmitglieder:

	nein	ja	Falls ja, bei wem und ggf. Erkrankungsalter
Epilepsie, Krampfanfall			
Schlaganfall			
Bluthochdruck			
Herzinfarkt			
Angeborener Herzfehler			
Diabetes mellitus			
Schilddrüsenerkrankung			
Erhöhte Blutfette			
Heuschnupfen/Asthma			
Neurodermitis			
Hüfterkrankung (zB. Hüftdysplasie)			
Magen-Darm-Erkrankung			
Rheumatische Erkrankung			
Psychische Erkrankung			
Genetische Erkrankung			



## Angaben zum Kind:

### Schwangerschaft

Besonderheiten/Komplikationen:     nein    ja: .....

Medikamenteneinnahme:             nein    ja: .....

### Geburt

spontan     Kaiserschnitt            Schwangerschaftswoche: .....

Probleme/Komplikationen:            nein    ja: .....

stationäre Behandlung nach Geburt:  nein    ja: .....

## Bei Arztwechsel bitte zusätzlich ausfüllen:

### Vorerkrankungen/Operationen

Bekannte chron. Erkrankungen:     nein    ja: .....

Fehlsichtigkeit:                         nein    ja: .....    Brille:  ja     nein

Allergien:                                 nein    ja: .....

Regelmäßige Medikamente:         nein    ja: .....

Operationen (zB. HNO, Zähne, etc):  nein    ja: .....

Krankenhausaufenthalte:             nein    ja: .....

Frühere Therapie:                     nein             Logo             Ergo             Physio

### Entwicklung

(Gibt/Gab es Ihres Wissens nach Besonderheiten in folgenden Bereichen?)

Motorik (freies Sitzen/Gehen, Feinmotorik...)

nein    ja: .....

Sprache (erste Worte, Wortschatz, Mehrwortsätze, Aussprache...)

nein    ja: .....

Mehrsprachigkeit:

nein    falls ja, folgende Sprachen: .....

Sonstige Besonderheiten:

nein    ja: .....

### Betreuung/Kindergarten/Schule

Welche Einrichtung besucht Ihr Kind: .....

Falls Schulkind, welche Klasse: .....

Gab es bisher Probleme im Kindergarten/Schule:

nein    ja: .....

---

Ausgefüllt am: .....                      von: .....

Falls Sie das gelbe Vorsorgeheft und den Impfpass Ihres Kindes heute nicht dabei hatten, bringen Sie diese in nächster Zeit bei uns vorbei. Wir überprüfen dann gerne, ob in Untersuchungen oder Impfungen notwendig sind.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!