

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin

Rebecca Eggert

Burg, Gahlendorfer Weg 4, 23769 Fehmarn

Tel: 04371-503100 Fax: 04371-503101

Erstanamnese

Liebe Eltern,

herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis. Sie sind heute zum ersten Mal bei uns. Damit wir uns gleich Ihrem Anliegen widmen können, möchten wir Sie bitten, einige Fragen zu beantworten. Um die körperliche und seelische Gesundheit Ihres Kindes zu beurteilen, sind wir auf Ihre Informationen zur Gesundheit und zur Situation in Ihrer Familie angewiesen. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen. Die Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie einfach aus.

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Handynummer

\_\_\_\_\_  
Email-Adresse

\_\_\_\_\_  
Name Mutter

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Name Vater

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beruf

Sorgerecht: beide Eltern  Mutter  Vater  andere

Geschwister (Name, Alter, Besonderheiten): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Besondere Familiensituation (z.B. allein erziehend, schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes, Umzug, Trennung o.ä.):

\_\_\_\_\_  
Sind in der Familie, insbesondere bei Mutter, Vater und Geschwister folgende Erkrankungen bekannt?

	Nein	Ja	Wenn ja, bei wem
Asthma			
Allergien			
Heuschnupfen			
Neurodermitis			
Bluthochdruck			
Diabetes mellitus			
Hüftdysplasie, Spreizhose getragen			
Fußfehlstellung (Klumpfuß o.ä.)			
Nierenerkrankungen			
Fieberkrämpfe			
Epilepsie			

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin

Rebecca Eggert

Burg, Gahlendorfer Weg 4, 23769 Fehmarn

Tel: 04371-503100 Fax: 04371-503101

	Nein	Ja	Wenn ja, bei wem
regelmäßige Medikamenteneinnahme			
erhöhtes Cholesterin			
unklare Todesfälle oder Aborte			
Schilddrüsenerkrankung			
andere chronische Erkrankungen?			

**Geburt und Schwangerschaft**

Gab es in der Schwangerschaft Besonderheiten oder Auffälligkeiten

---

Geburt: spontan  Kaiserschnitt  Saugglocke  in der \_\_\_\_\_ SSW  
Geb.Gewicht \_\_\_\_\_ kg Geb.Größe: \_\_\_\_\_ cm

**Entwicklung**

Krabbeln \_\_\_ Monate; freies Sitzen \_\_\_ Monate; freies Gehen \_\_\_ Monate;  
erste Worte \_\_\_\_\_ Monate

Welche Sprache wird hauptsächlich in der Familie /mit dem Kind gesprochen? \_\_\_\_\_

Betreuung des Kindes durch: Eltern  Großeltern  Tagesmutter  Krippe/KiTa   
Schule  Klasse: \_\_\_\_\_

**Durchgemachte Erkrankungen**

Fieberkrämpfe  Pseudokrampfanfälle  muss oft inhalieren   
andere: \_\_\_\_\_

---

Operationen: Nein  Ja  Welche? \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte: Nein  Ja  Warum? \_\_\_\_\_

Allergien: Nein  Ja  Welche? \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamente Nein  Ja  Welche? \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_  
Impfungen nach STIKO? Nein  Ja

Ich bin mit der Entwicklung meines Kindes zufrieden Nein  Ja

Ich mache mir Sorgen über \_\_\_\_\_

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam