

Anamnesebogen Kinder (Bitte in **DRUCKSCHRIFT** ausfüllen)

Patient:

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Krankenkasse: _____

Hauptversicherter: Mutter Vater

Sorgerecht: Mutter & Vater nur Mutter nur Vater andere: _____

Mutter:

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon : _____ E-Mail: _____

Vater:

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon : _____ E-Mail: _____

Hat ihr Kind **Geschwister?**

ja nein (falls ja, bitte Namen angeben) _____

Vorheriger Kinderarzt (falls vorhanden): _____ in _____

Allgemeine Gesundheitsfragen:

Chronische Erkrankungen und Allergien in der Familie
(z.B. Hüftdysplasie/Asthma/Diabetes/Herzkrankungen/Schilddrüse, etc.)?

Chronische Erkrankungen/Infektionskrankheiten (HIV/Hepatitis, etc.) des Kindes?

Fachärztliche Betreuung des Kindes (SPZ/Orthopädie/Kardiologie, etc.)?

=====

Wünschen Sie eine Terminerinnerung **ab der U9 Vorsorgeuntersuchung?**

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten meines Kindes nach der DSGVO verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / eines/r gesetzlichen Vertreters/Vertreterin