



Anamnese-Bogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vollständig aus. Ihre Angaben helfen uns, die bestmögliche Betreuung und medizinische Versorgung für Ihr Kind sicherzustellen. Selbstverständlich werden alle Daten streng vertraulich behandelt.

ANGABEN ZUM KIND

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Wohnanschrift:

VORANAMNESE DES KINDES

Hat Ihr Kind bereits eine andere Kinderarztpraxis besucht?

Ja Nein (wenn ja, bitte ausfüllen und Grund des Wechsels angeben)

Handelt es sich um Ihr erstes Kind?

Ja Nein (bitte Anzahl weiterer Kinder angeben)

War die Schwangerschaft komplikationsfrei?

Ja Nein (wenn nein, bitte erläutern)

Gab es Komplikationen bei der Geburt?

Ja Nein (wenn ja, bitte erläutern)

Wurde Ihr Kind bereits im Krankenhaus behandelt oder operiert?

Ja Nein (wenn ja, warum und wann?)

Bestehen Allergien und/oder Unverträglichkeiten? (z. B. Lebensmittel, Medikamente)

Ja Nein (wenn ja, welche?)

Bestehen Erkrankungen oder chronische Beschwerden?

Ja Nein (wenn ja, welche?)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein (wenn ja, welche?)

Wurden alle empfohlenen Impfungen durchgeführt? (gemäß STIKO-Richtlinien)

Ja Nein

ANGABEN ZU DEN ELTERN

Mutter:

Vor- und Nachname:	Nationalität:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Beruf:	Telefonnummer:

Vater:

Vor- und Nachname:	Nationalität:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Beruf:	Telefonnummer:

Bestehen Erkrankungen oder chronische Beschwerden in der Familie? (Diabetes, Asthma, Krebs etc.)

Ja Nein (wenn ja, welche?)

Wird in Ihrem Haushalt oder in der Nähe des Kindes geraucht?

Ja Nein

Einverständniserklärung:

Sollten Sie einen Termin zur Vorsorgeuntersuchung nicht wahrnehmen und diesen nicht mindestens 24 Stunden vorher absagen, behalten wir uns vor, eine **Ausfallpauschale von 25 €** zu berechnen. Wir können Ihnen maximal drei Termine anbieten. Wird auch der letzte nicht wahrgenommen, werden keine weiteren Termine vergeben.

In unserer Praxis nehmen wir nur Patienten auf, die ihre Kinder nach den aktuellen Empfehlungen der STIKO impfen lassen. Mit unserer Unterschrift erklären wir die Kenntnisnahme und unser Einverständnis.

Ort und Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten