



## KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

DR. MED. ALEXANDER KRÖCKEL & DR. MED. CORINNA CIESLA

Schwarzwurzelstr. 52-54  
12689 Berlin

# 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