



Anamnesebogen für Kinder ○ Kinder- und Jugendarztpraxis Lengede

Liebe Eltern,

um ihr Kind optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen so gut wie möglich auszufüllen. Selbstverständlich ist die Beantwortung freiwillig und Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Liebe Jugendliche, wenn Ihr den Fragebogen selbst ausfüllen wollt, dann tut so, als wärt Ihr Eure Eltern (sonst würdet Ihr Euch falsch angesprochen fühlen...)!

Kontaktdaten:

Straße/ Hausnummer: _____

Postleitzahl/ Wohnort: _____

Telefonnummer Handy: _____ Festnetz: _____

Email: _____ Krankenkasse : _____

evtl. abweichende Rechnungsadresse bei Privatpatienten:

Angaben zum Kind:

Vollständiger Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Geburtsgewicht: _____ g Schwangerschaftswoche: _____

Besonderheiten in der Schwangerschaft oder bei der Geburt:

Weitere Fragen:

Kindergarten/ Schule/ Klasse: _____

bei Arztwechsel, früherer Arzt: _____

Impfungen ○ ja, komplett ○ teilweise ○ nein

Bitte bringen Sie den Impfausweis oder entsprechende Dokumente mit!

Brillenträger? ○ ja ○ nein

Unverträglichkeit/ Allergie? ○ ja ○ nein

wenn ja, welche? _____

Ernsthafte Erkrankungen? ○ ja ○ nein

wenn ja, welche? _____

_____ b.w.

Regelmäßig Medikamentengabe? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche? _____

Hatte ihr Kind schon eine Operation? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, wann und welche? _____

Befindet oder befand sich ihr Kind in therapeutischer Behandlung (z.B. Frühförderung/ Physio/ Ergo/ Logo/ Psychotherapie)? ☐ ja, zur Zeit ☐ ja, nicht mehr ☐ nein

wenn ja, was (und falls aktuell bei wem) ? _____

Angaben zu den Eltern: ☐ leibliche Eltern ☐ Adoptiveltern ☐ Pflegeeltern

Name, Vorname der **Mutter:** _____ Geburtsdatum: _____

Erlerner Beruf: _____ jetzige Tätigkeit: _____

Name, Vorname des **Vaters:** _____ Geburtsdatum: _____

Erlerner Beruf: _____ jetzige Tätigkeit: _____

Ernsthafte chronische oder angeborene Erkrankungen, auch in den elterlichen Familien (z.B. Allergien, Asthma, Neurodermitis, Bluthochdruck, Diabetes, Hüftdysplasie, Schilddrüsenerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen etc.), wenn ja, bei wem was?

Angaben zu Geschwistern: Name, Geburtsdatum, evtl. chronische Krankheiten oder Entwicklungsstörungen

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. und weitere _____

Sollten Sie einen vereinbarten Vorsorgetermin (U2-U11, J1, J2) nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte telefonisch oder per Email mindestens 24 Stunden vorher ab, bei Terminen nach Sonn- und Feiertagen bis spätestens 10 Uhr am vorausgehenden Praxistag.

Erfolgt dies nicht zeitgerecht oder erscheint unser Patient unentschuldigt nicht, erheben wir ein Ausfallhonorar von 50€.

☐ Habe ich zur Kenntnis genommen

☐ Ich habe die Datenschutzerklärung (anliegendes Blatt) erhalten und zur Kenntnis genommen

Datum: _____ Unterschrift: _____