

## Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Eltern / Erziehungsberechtigte,

bitte füllen Sie die folgenden Fragen zu unserer Information aus. Diese Daten werden an keine dritte Person weitergegeben, sondern verbleiben in der Patientenakte Ihres Kindes nur in unserer Praxis.

Vor- und Nachname des Patienten: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname Vater: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname Mutter: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Straße / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

email-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse des Patienten: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_

Familienstand der Eltern:

☐ verheiratet ☐ unverheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Sorgerecht: ☐ gemeinsam ☐ getrennt

Sorgeberechtigte(r): \_\_\_\_\_

Beruf des Vaters\*: \_\_\_\_\_

Beruf der Mutter\*: \_\_\_\_\_

Herkunftsland der Eltern\*: \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus der Eltern:

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angaben

Geschwisterkinder:

1. \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_ ☐ keine

2. \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_ ☐ keine

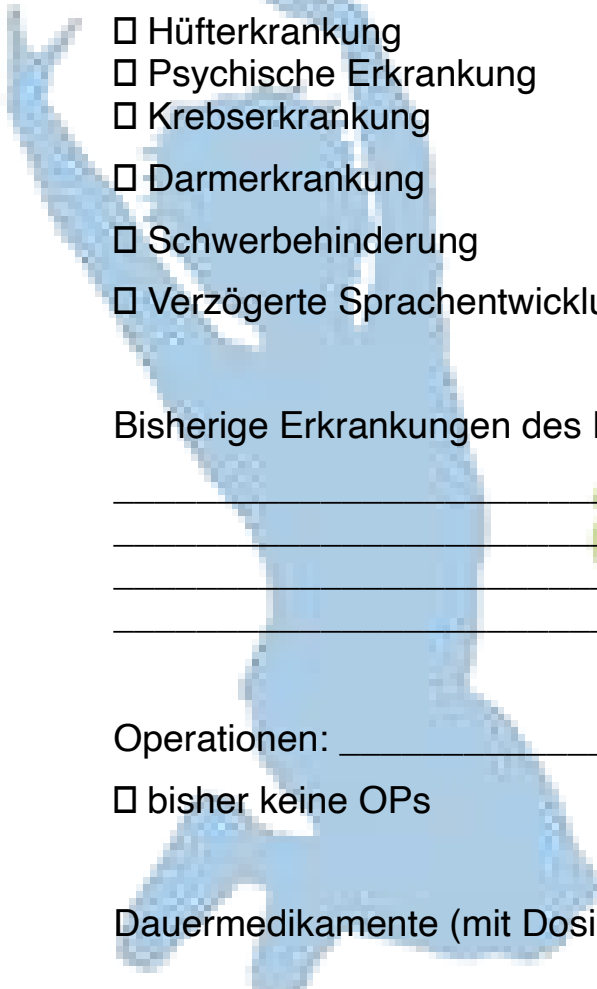
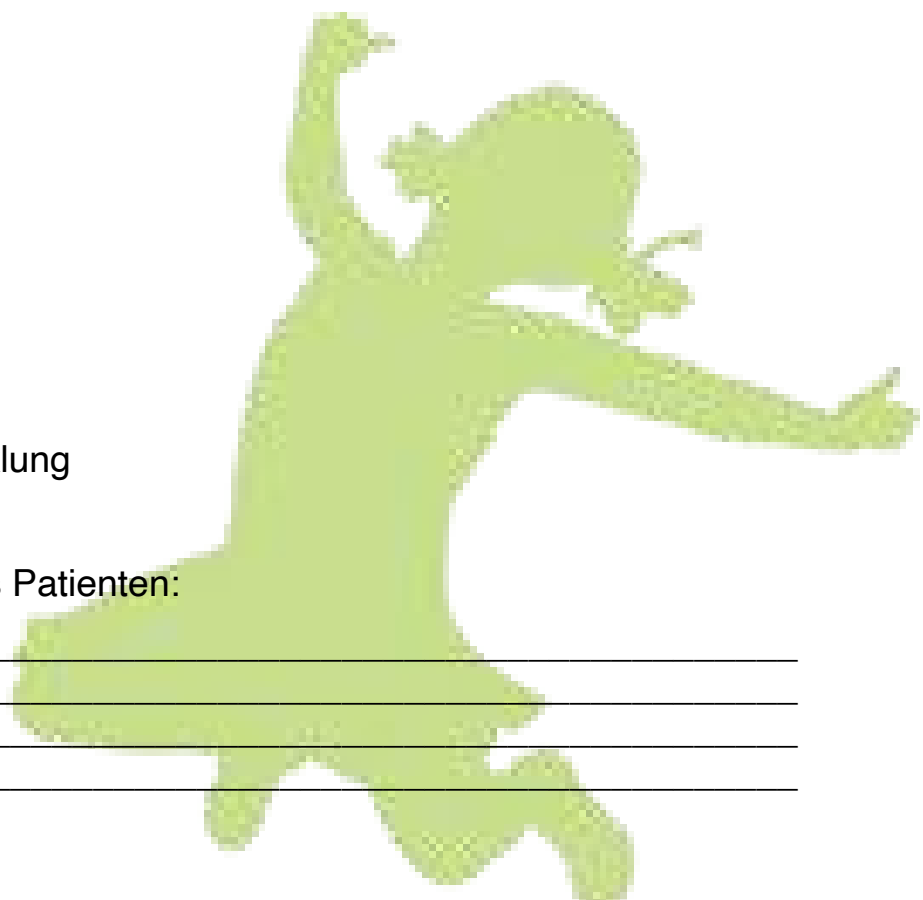
3. \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_ ☐ keine

Familiensprache/Muttersprache: \_\_\_\_\_

Erkrankungen der Eltern/Familienmitglieder? (bitte ankreuzen)

- ☐ Allergien/Heuschnupfen
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Hauterkrankung
- ☐ Rheuma
- ☐ Genetische Erkrankung
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Nierenerkrankung

- 
- 
- ☐ Bluterkrankung
  - ☐ Epilepsie
  - ☐ Multiple Sklerose
  - ☐ Übergewicht
  - ☐ Diabetes
  - ☐ Hüfterkrankung
  - ☐ Psychische Erkrankung
  - ☐ Krebserkrankung
  - ☐ Darmerkrankung
  - ☐ Schwerbehinderung
  - ☐ Verzögerte Sprachentwicklung

Bisherige Erkrankungen des Patienten:

---

---

---

---

Operationen: \_\_\_\_\_

☐ bisher keine OPs

Dauermedikamente (mit Dosierung):

\_\_\_\_\_

☐ keine Medis

Bisherige Entwicklung Ihres Kindes: ☐ problematisch ☐ unproblematisch

Schwangerschaftsverlauf: ☐ unproblematisch ☐ problematisch  
wegen: \_\_\_\_\_

Geburtsklinik: \_\_\_\_\_

Schwangerschaftsdauer: \_\_\_\_\_ Wochen

Geburt: ☐ spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Beckenendlage ☐ Vacuumextraktion

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ -länge: \_\_\_\_\_

Kopfumfang: \_\_\_\_\_ Auffälligkeiten? \_\_\_\_\_

---

Wie alt war Ihr Kind bei:

Freies Laufen: \_\_\_\_\_

Erste Sätze: \_\_\_\_\_

Wortschatz aktuell (Muttersprache): ☐20 ☐50 ☐100

Sauberkeit?

Urin: \_\_\_\_\_

Stuhl: \_\_\_\_\_

