



Anamnesebogen für Kinder

Bitte Vor- und Rückseite in Druckbuchstaben ausfüllen! Danke

Angaben zu Ihrem Kind

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Kindergartenkind Schulkind sonstige Institutionen:

Größe: **Gewicht:**

Wieviele Geschwisterkinder: Alter der Geschwister:

Wird Ihr Kind mehrsprachig erzogen? Wenn ja, in welcher Sprache sprechen Sie mit Ihrem Kind?

Nein Muttersprache: gesprochene Sprache:

Angaben zu den Eltern

Vater:

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Beruf: Staatsangehörigkeit:

Mutter:

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Beruf: Staatsangehörigkeit:

Eine Telefonnummer, wo Sie gut zu erreichen sind!

Email Adresse:

Aktueller Sorgerechtsstatus:

Gemeinsames Sorgerecht(Mutter und Vater): Ja: Alleiniges Sorgerecht :

Besteht derzeit eine psychische Belastungssituation in der Familie, welche sich auf Ihr Kind auswirken könnte? nein **Wenn ja, welche:**

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns?/ Seit wann bestehen die

Beschwerden?

Wurde bereits eine Therapie eingeleitet? (Schmerzmittel / Antibiotikum?)

nein vom Arzt von mir selbst

Name des Medikamentes:

BITTE WENDEN--->>>>>



Bitte Vor- und Rückseite in Druckbuchstaben ausfüllen! Danke

Hatte Ihr Kind in der letzten Zeit Fieber? Wenn ja,°C Grad

Hatte Ihr Kind bereits eine Corona-Infektion? Ja Nein

Hatten Ihr Kind (ab 12 J.) bereits eine Corona Impfung Nein

Ja, mit welchem Impfstoff? _____ 1. Impfung am: _____ 2. Impfung am: _____

Sind bei Ihrem Kind bereits Allergien bekannt? Wenn ja, welche? Nein

Sind bei Ihrem Kind Medikamenten-Unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, welche?

nein ja

Leidet Ihr Kind an einer Nahrungsmittelunverträglichkeit? Wenn ja, welche?

nein ja

Leidet Ihr Kind an einer Blutgerinnungsstörung? Wenn ja, welche? (Als Folge leiden Menschen mit Gerinnungsstörungen unter schweren Nachblutungen nach Verletzungen, während der Menstruation, bei Unfällen oder bei Operationen)

nein ja

Sind bei Ihrem Kind andere Erkrankungen bekannt, wie z.B. Herz, Lunge, Leber o.a.?

Wenn ja, welche?

Ist bei Ihrem Kind eine psychische/psychiatrische Erkrankung bekannt? Wenn ja, welche?

nein Wenn ja, welche?

Medikamente, die Ihr Kind regelmäßig einnehmen muss:

Wenn ja, welche?.....

Ist Ihr Kind voroperiert? (Im HNO Bereich oder anderen)

OP	im Jahr	Krankenhaus

Name/ Anschrift des zu informierenden Arztes (Kinderarzt):

Wichtig!

Entbindung der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an, z.B. weiterbehandelnde Ärzte, übermittelt werden dürfen. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen!

Datum, Unterschrift

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten

Seite 2