



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 ja 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!

Aktueller Sorgerechtsstatus:

Gemeinsames Sorgerecht: **Alleiniges Sorgerecht:**

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

nein ja

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 Medikaments:

BITTE WENDEN--->>>>



Bitte Vor- und Rückseite in Druckbuchstaben ausfüllen! Danke

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

nein ja

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 Gerinnungsstörung? Wenn ja, welche?

nein ja

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

nein ja

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

nein ja

Medikamente, die Ihr Kind regelmäßig einnehmen muss:

| Medikament | morgens | mittags | abends | nachts |
|------------|---------|---------|--------|--------|
| | | | | |
| | | | | |

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

Erziehungsberechtigter