

Anamnesebogen

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsjahr und Beruf der Mutter: _____

Geburtsjahr und Beruf des Vaters: _____

Sorgeberechtigt: Mutter Vater Beide Elternteile
 Sonstige: _____

Auffälligkeiten in der Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, welche?: _____

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?: _____

Gab es Besonderheiten bei der Geburt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Geburtsgewicht? _____ Gramm

Geburtslänge? _____ cm

Anzahl der Geschwister: _____

Name der Geschwister: _____

Mein Kind besucht eine/n Krippe/Kindergarten/Spielkreis: Ja Nein

Mein Kind besucht die Schule: Ja Nein

Name und Anschrift der Schule: _____

Mein Kind besucht die Klasse: _____

Mein Kind spricht folgende Sprachen: _____

Gibt es in Ihrer Familie folgende Krankheiten?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Erberkrankungen | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörungen | <input type="checkbox"/> Herzinfarkte <40 Jahren | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Besteht bei Ihrem Kind eine vermutete oder nachgewiesene Allergie oder Unverträglichkeit?

Ja, mit Hautsymptomen Ja, mit Atemwegsproblemen Nein

Wenn ja, welche Therapien werden hierfür durchgeführt?

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht bei Ihrem Kind eine Medikamentenallergie? Ja Nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Welche der folgenden Krankheiten hat das Kind bereits durchgestanden?

Lungenentzündung Scharlach Harnwegsinfektion
 Krampfanfall ⇒ mit oder ohne Fieber

Wurde Ihr Kind bereits operiert? Ja Nein

Erhält Ihr Kind aktuell eine der folgenden Behandlungen/Therapien? (mehrfach möglich)

Krankengymnastik Hüftbehandlung Sprachtherapie
 Ergotherapie Augenärztliche Betreuung Kuren
 Sonstiges: _____

Möchten Sie uns noch etwas über Ihr Kind mitteilen? Ja Nein

Wenn ja, was: _____

Dürfen wir Sie zukünftig über anstehende Termine erinnern?

Ja, telefonisch Ja, per E-Mail Ja, über die App Nein

Wenn Ja, füllen Sie bitte den nachfolgenden Bogen für die Terminerinnerung aus, damit wir Sie in Zukunft auf Ihrem gewünschten Weg erreichen können!