

Anamnesebogen

Angaben zum Kind:

| |
|---------------|
| Name: |
| Vorname: |
| Geburtsdatum: |
| Krankenkasse: |

Angabe zu den Sorgeberechtigten:

| |
|---|
| Mutter: |
| Vater: |
| Sonstige Person: |
| Adresse: |
| Adresse falls abweichend: |
| Festnetz: |
| Handy Mutter: |
| Handy Vater: |
| Handy Sorgeberechtigter falls nicht Eltern: |
| E-Mail: |

Familiensituation:

Verheiratet Alleinerziehend: getrennt lebend:

Tod eines Elternteiles: unklare Todesfälle in der Familie:

schwere Erkrankung / Allergien eines Familienmitgliedes

wenn ja welche: _____

Angaben zu Geschwistern (Name, Geburtsdatum)

| | |
|----|----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |

Anamnese:

| | |
|----------------|---------------------------------------|
| Geburtsort: | Schwangerschaftswoche: |
| Geburtsgewicht | Art der Geburt(spontan/Kaiserschnitt) |

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind sie zufrieden mit der Entwicklung ihres Kindes? | ja | nein |
| Hat ihr Kind chronische Erkrankungen? wenn ja, welche? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Stationäre Behandlung? wenn ja, wo und wann, weshalb | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ist ihr Kind bereits operiert worden? Wenn ja, wann und woran? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? Wenn ja, welche? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihr Kind nach den Impfeempfehlungen der STIKO geimpft? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Welche Sprache wird in der Familie gesprochen? | | |
| Befand sich Ihr Kind schon einmal in einer Therapie (Logotherapie/Ergotherapie/Psychotherapie) oder befindet sich derzeit in Therapie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn Ja, welche? | | |
| Geht ihr Kind in den Kindergarten / Schule? Welche Schulform/Klasse? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Bei Kinderarztwechsel: Wer war der bisherige Kinderarzt (Name, Adresse) | | |

Bitte Impfausweis an der Anmeldung vorzeigen. Danke