Kinder- und Jugendmedizin
MVZ GmbH • Berliner Sr. 33 • 84478 Waldkraiburg

MVZ am InnKlinikum ALTÖTTING
Standort Waldkraiburg

Anamnesebogen für Neupatienten U2/U3

Sehr geehrte Eltern / Erziehungsberechtigte,

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen zu unserer Information aus, damit wir Sie optimal beraten und Ihr Kind bestmöglich betreuen können. Diese Daten werden an keine dritte Person weitergegeben, sondern nur in der Patientenakte hinterlegt und vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

PATIENTIN | PATIENT ☐ weiblich ☐ männlich

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Straße | Hausnr.	PLZ | Ort	Geburtsort
Krankenkasse des Kindes	Über wen ist das Kind versichert?	

ELTERN

Mutter

Nachname der Mutter	Vorname der Mutter	Geburtsdatum
☐ Anschrift wie Patientin | Patient	Straße | Hausnr.	PLZ | Ort
Telefon mobil	Telefon Festnetz	E-Mail
Beruf		

Vater

Nachname des Vaters	Vorname des Vaters	Geburtsdatum
☐ Anschrift wie Patientin | Patient	Straße | Hausnr.	PLZ | Ort
Telefon mobil	Telefon Festnetz	E-Mail
Beruf		

Familienstand der Eltern: ☐ verheiratet ☐ unverheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Erziehungsberechtigt: ☐ Eltern ☐ nur Mutter ☐ nur Vater ☐ Andere _____

Herkunftsland der Eltern: Mutter: _____ Vater: _____

Familiensprache / Muttersprache: _____
(hauptsächlich zuhause gesprochene Sprache)

GESCHWISTER

	Name		Geburtsdatum	Erkrankungen
1		☐ w ☐ m		☐ keine
2		☐ w ☐ m		☐ keine
3		☐ w ☐ m		☐ keine
4		☐ w ☐ m		☐ keine
5		☐ w ☐ m		☐ keine

Kinder- und Jugendmedizin
MVZ GmbH • Berliner Sr. 33 • 84478 Waldkraiburg

MVZ am InnKlinikum ALTÖTTING
Standort Waldkraiburg

Anamnesebogen für Neupatienten U2/U3

ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE

			Falls ja, wer?
Allergien / Heuschnupfen	☐ nein	O ja	
Asthma bronchiale	☐ nein	O ja	
Hauterkrankungen	☐ nein	O ja	
Neurodermitis / Ekzem	☐ nein	O ja	
Rheuma	☐ nein	O ja	
Herzinfarkte	☐ nein	O ja	
Herzfehler	☐ nein	O ja	
Schlaganfälle	☐ nein	O ja	
Bluthochdruck	☐ nein	O ja	
Nierenerkrankungen	☐ nein	O ja	
Hüfterkrankungen	☐ nein	O ja	
Schilddrüsenerkrankungen	☐ nein	O ja	
Bluterkrankungen	☐ nein	O ja	
Darmerkrankungen	☐ nein	O ja	
Krebserkrankungen	☐ nein	O ja	
Psychische Erkrankungen	☐ nein	O ja	
Epilepsie / Fieberkrämpfe	☐ nein	O ja	
Multiple Sklerose	☐ nein	O ja	
Genetische Erkrankungen	☐ nein	O ja	
Übergewicht	☐ nein	O ja	
Sehstörungen	☐ nein	O ja	
Schwerbehinderung	☐ nein	O ja	
Diabetes	☐ nein	O ja	
Hypercholesterinämie	☐ nein	O ja	
Infektionskrankheiten	☐ nein	O ja	
Verzögerte Sprachentwicklung	☐ nein	O ja	
Unklare Todesfälle / Aborte	☐ nein	O ja	
Weitere	☐ nein	O ja	

BISHERIGE ERKRANKUNGEN DES KINDES

Allergien oder Unverträglichkeiten (auch Medikamente)	☐ nein	O ja	welche?
Ernsthafte Erkrankungen	☐ nein	O ja	welche?
Stationäre Krankenhausaufenthalte	☐ nein	O ja	wegen?
Operationen	☐ nein	O ja	welche?
Chronische Erkrankungen	☐ nein	O ja	welche?
Regelmäßige Medikamenteneinnahme	☐ nein	O ja	welche?