

Anamnesebogen für Neupatienten

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

Bitte wenden

Anamnesebogen für Neupatienten

ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE

Falls ja, wer?

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

SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND NEUGEBORENEENZEIT

☐ unproblematisch ☐ problematisch, wegen _____

☐ Medikamente, Alkohol oder Nikotin in der Schwangerschaft?

BISHERIGE ERKRANKUNGEN DES KINDES

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

Anamnesebogen für Neupatienten

REGELMÄSSIGE MEDIKAMENTENEINNAHME

☐ keine

☐ folgende _____

BESONDERE WIEDERHOLTE BESCHWERDEN

☐ Kopfschmerzen ☐ Bauchschmerzen ☐ Gelenk-/Gliederschmerzen ☐ Hautprobleme

☐ Durchfall ☐ Verstopfung ☐ blutige Stühle ☐ Fieberkrämpfe

☐ Pseudokrampfanfälle ☐ Häufiges Inhalieren

ENTWICKLUNG IM VORSCHUL- UND SCHULATER

☐ normal

Auffälligkeiten in folgenden Bereichen:

☐ Sprache / Hörvermögen ☐ Motorik ☐ Sozialverhalten ☐ andere _____

BESUCHTE EINRICHTUNGEN

☐ Krippe ☐ Tagesmutter ☐ Kindergarten ab ____ Jahren ☐ Einschulung mit ____ Jahren

☐ aktueller Kindergarten _____

☐ aktuelle Schulform / Klasse _____

PROBLEME IN DER SCHULE

☐ keine ☐ Mathematik ☐ Lesen / Rechtschreibung ☐ Aufmerksamkeit (ADHS)

☐ Sozialverhalten ☐ Schulbegleitung

BISHERIGE THERAPIEN UND BEHANDLUNGEN

☐ keine ☐ Physiotherapie ☐ Ergotherapie ☐ Logopädie ☐ Heilpädagogik

☐ Psychotherapie ☐ Kinderpsychiatrische Behandlung ☐ Frühförderung ☐ SPZ

☐ Erziehungsberatung ☐ Hilfsmittel? Wenn ja, welche _____

☐ andere _____

FÜR JUGENDLICHE

Rauchst du? Wieviel? ☐ nein ☐ ja _____

Alkoholkonsum? Wieviel? ☐ nein ☐ ja _____

Treibst du regelmäßig Sport? Welchen? ☐ nein ☐ ja _____

Andere Hobbys? _____