



KINDERARZTPRAXIS

PD Dr. med. habil. Anja Lange

Fachärztin für Kinder- u. Jugendmedizin | Neugeborenenmedizin | Stillberatung

Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Name, Vorname des Kindes : _____

Anschrift : _____

Telefonnummer : _____

E-Mail-Adresse : _____

Krankenversicherung des Kindes : _____

Bei Privatpatienten: Name und Anschrift des Rechnungsempfängers : _____

Bisheriger Kinderarzt : _____

Wodurch wurden Sie auf uns aufmerksam : _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen von Anschrift und Telefonnummer zeitnah mit.

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? _____

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? _____

Alter : _____

Geschlecht : _____

Bestehen bei diesen Besonderheiten? _____

Name, Vorname des Vaters & gelernter Beruf: _____

Name, Vorname der Mutter & gelernter Beruf: _____

Sorgerecht:

gemeinsam Mutter Vater

Gibt es Raucher in der Familie?

Ja Nein

Wenn ja, wer? _____

Geht Ihr Kind in die Einrichtung?

Schule Kita Nein

Seit wann? _____

Ist Ihr Kind Brillenträger?

Ja Nein

Wurde Ihr Kind geimpft? Bitte Impfausweis vorlegen.

Ja Nein

Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Welche Kinderkrankheiten sind bisher bei Ihrem Kind aufgetreten?

Wann? _____

Befand oder befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Behandlung?

Ja

Nein

Leidet Ihr Kind an schwerwiegenden Erkrankungen?

Ja

Nein

Welche? _____

Benötigt Ihr Kind ständig Medikamente?

Ja

Nein

Welche? _____

Hatte Ihr Kind schon eine Operation?

Ja

Nein

Wann? _____

Was? _____

Leidet Ihr Kind an Unverträglichkeiten / Allergien?

Ja

Nein

Welche? _____

Befindet sich Ihr Kind in therapeutischer Behandlung?

(z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Psychotherapie)

Ja

Nein

In welcher Praxis erfolgt die Behandlung? _____

Zusatzfragen für Jugendliche:

Rauchst Du?

Ja

Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Trinkst Du regelmäßig Alkohol?

Ja

Nein

Treibst Du außerschulischen Sport?

Ja

Nein

Zusatzfragen für Mädchen:

Hast Du schon Deine Regelblutung?

Ja

Nein

Seit wann? _____

Nimmst du die Pille?

Ja

Nein

Datum, Unterschrift: