



## Anamnesebogen für Neugeborene und Säuglinge

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? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind geimpft? Bitte Impfausweis vorlegen.

Ja  Nein

Leidet Ihr Kind an schwerwiegenden Erkrankungen?

Ja  Nein

Bekommt Ihr Kind ständig Medikamente?

Ja  Nein

Hatte Ihr Kind schon eine Operation?

Ja  Nein

Was wurde operiert? Wann? \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_