



Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Eltern / Erziehungsberechtigte,
bitte füllen Sie die folgenden Fragen zu unserer Information aus. Diese Daten werden
an keine dritte Person weitergegeben, sondern verbleiben in der Patientenakte Ihres
Kindes nur in unserer Praxis.

Vor- und Nachname des Patienten: _____

Geb.Datum: _____ **Geburtsort:** _____

Vor- und Nachname Vater: _____, geb. am _____

Vor- und Nachname Mutter: _____, geb. am _____

Straße / Ort: _____

Telefon/Handy: _____

email-Adresse: _____

Krankenkasse des Patienten: _____

Hauptversicherter: _____

Familienstand der Eltern: verheiratet unverheiratet geschieden verwitwet

Sorgerecht: gemeinsam getrennt:

Sorgeberechtigte(r): _____ Zust. Jugendamt: _____

Beruf des Vaters*: _____

Beruf der Mutter*: _____

Herkunftsland der Eltern*: _____

Aufenthaltsstatus der Eltern: Mutter: _____ Vater: _____

***freiwillige Angaben**

Geschwisterkinder:

1. _____, geb. am _____ Erkrankungen: _____ keine

2. _____, geb. am _____ Erkrankungen: _____ keine

3. _____, geb. am _____ Erkrankungen: _____ keine



Familiensprache/Muttersprache: _____

Erkrankungen der Eltern/Familienmitglieder? (bitte einkringeln)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien/Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hüfterkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Genetische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Schwerbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Verzögerte Sprachentwicklung |

Bisherige Erkrankungen des Patienten:

Operationen: _____ bisher keine OPs

Dauermedikamente (mit Dosierung): _____ keine Medis

Bisherige Entwicklung Ihres Kindes: problematisch unproblematisch

Schwangerschaftsverlauf: unproblematisch
 problematisch, wegen: _____

Geburtsklinik: _____ Schwangerschaftsdauer: _____ Wochen

Geburt: spontan Kaiserschnitt Beckenendlage Vacuumextraktion

Geburtsgewicht: _____ -länge: _____ Kopfumfang: _____

Auffälligkeiten? _____ keine

APGAR-Werte: ____/____/____ Nabelarterien-pH: _____

Wie alt war Ihr Kind bei:

erstes Lächeln: _____ Sitzen: _____ Krabbeln: _____

Freies Laufen: _____ Greifen: _____ Erste Worte: _____

Erste Sätze: _____

Wortschatz aktuell (Muttersprache): 20 50 100 über 200 Wörter

Sauberkeit? Urin: _____ Stuhl: _____





Schulbesuch: _____

Nachmittagsbetreuung: _____

Hobbies: _____

Sozialkontakte/Freunde: keine wenige normal viele

TV/PC/Smartphone-Zeit pro Tag: _____ in Stunden

Körperliche Bewegung pro Tag: _____ in Stunden

Schulische Probleme: _____ keine

Stimmung/Emotionalität: (aktuell; bitte ankreuzen):

risikofreudig schüchtern aggressiv traurig depressiv

glücklich ausgeglichen fröhlich impulsiv ängstlich

antriebslos motiviert ungeduldig geduldig

selbst-/fremdverletzend

Für Arztwechsler:

Wer war Ihr bisheriger Kinderarzt? _____

Was ist der Wechselgrund in unsere Praxis? _____

Bisherige Impfungen: _____

Impfpass in Praxis vorgezeigt

Auslandsaufenthalte in den letzten 12 Monaten:

nein

Notizen / Ergänzungen:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wir bedanken uns herzlich für das Ausfüllen dieses Informationsblattes. Sie haben uns unsere Arbeit dadurch deutlich erleichtert und auch für kürzerer Wartezeiten in unserer Praxis gesorgt.

Das Team der Kinderarztpraxis Goldbach

