

Anamnesebogen für ältere Kinder und Jugendliche

Dr. med. Britta Lesener

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?

Name der Hebamme:

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:

Vorerkrankungen (als Kind und aktuell) z.B. Asthma, Allergien, Schilddrüsen-, Herz- Kreislauf-, Nieren-, Krebserkrankungen, andere chronische Erkrankungen (Auge , Ohr, Immundefekte)

Name, Vorname der Mutter & gelernter Beruf:

Vorerkrankungen (als Kind und aktuell) z.B. Asthma, Allergien, Schilddrüsen-, Herz- Kreislauf-, Nieren-, Krebserkrankungen, andere chronische Erkrankungen (Auge, Ohr, Immundefekte

Sorgerecht:

gemeinsam

Mutter

Vater

Gibt es Raucher in der Familie? Wer?

Ja / Nein

Geht Ihr Kind in die Einrichtung (Schule, Kita)?

Ja / Nein

In welche? Seit wann?

Ist Ihr Kind Brillenträger?

Ja / Nein

Wurde Ihr Kind geimpft?

Ja / Nein

Bitte Impfausweis vorlegen.

Welche Kinderkrankheiten sind bisher bei Ihrem Kind aufgetreten? Wann?

Befand oder befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Behandlung? Ja / Nein

Welche?

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?

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

Welchen?

Andere Hobbys?

Für Mädchen:

Hast Du schon Deine Regelblutung? Ja / Nein

Seit wann?

Nimmst du die Pille? Ja / Nein