



Anamnesebogen für Kinder

(Erhebung der Patientendaten)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! Danke

Angaben zu Ihrem Kind

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Kindergartenkind Schulkind sonstige Institutionen:

Geschwisterkinder Anzahl und Alter:

Wird Ihr Kind mehrsprachig erzogen? Wenn ja, in welcher Sprache sprechen Sie mit Ihrem Kind?

nein ja Muttersprache..... gesprochene Sprache.....

Angaben zu den Eltern

Vater: Name, Vorname:

Telefon: Geburtsdatum:

Beruf: Staatsangehörigkeit:

Mutter: Name, Vorname:

Telefon: Geburtsdatum:

Beruf: Staatsangehörigkeit:

Aktueller Sorgerechtsstatus:

Gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht:

Besteht derzeit eine psychische Belastungssituation in der Familie, welche sich auf Ihr Kind auswirken könnte? Wenn ja, welche?

nein ja

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns?

.....

Seit wann bestehen die Beschwerden?

.....

Wurde bereits eine Therapie eingeleitet? (Schmerzmittel / Antibiotikum?)

nein vom Arzt von mir selbst

Name des Medikamentes:

bitte wenden ->



Sind bei Ihrem Kind bereits Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

nein ja

Sind bei Ihrem Kind Medikamenten-Unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, welche?

nein ja

Leidet Ihr Kind an einer Nahrungsmittelunverträglichkeit? Wenn ja, welche?

nein ja

Leidet Ihr Kind an einer Gerinnungsstörung? Wenn ja, welche?

nein ja

Sind bei Ihrem Kind andere Erkrankungen bekannt, wie z.B. Herz, Lunge, Leber o.a.?

nein ja

Ist bei Ihrem Kind eine psychische/psychiatrische Erkrankung bekannt? Wenn ja, welche?

nein ja

Medikamente, die Ihr Kind regelmäßig einnehmen muss:

.....

Ist Ihr Kind voroperiert? (Im HNO Bereich oder anderen)

OP	im Jahr	Krankenhaus

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiere sie

WICHTIG : Entbindung der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen übermittelt werden dürfen. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Kinderarzt
(Name, Anschrift)

überweisender Arzt
(Name, Anschrift)

bestimmte Personen
z.B. Familienangehörige, Betreuer

weiterbehandelnde Ärzte Krankenhaus für Privatärztliche Verrechnungs- Krankenkasse
stelle (bei IgeL)

Datum, Unterschrift:.....
(Erziehungsberechtigt/er)

Hiermit bestätige ich, die Richtigkeit der Angaben

Datum, Unterschrift:.....
(Erziehungsberechtigt/er)