

Patientenanamnesebogen bei Erstvorstellung

Familienanamnese

Name des **Kindes**: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ & Ort: _____ Straße: _____

Das Kind lebt bei: Beiden Eltern oder bei _____

Gesetzlicher Vertreter: Beide Eltern Mutter Vater anderer

Name der **Mutter**: _____ Name des **Vaters**: _____

Geb. Datum: _____ Geb. Datum: _____

Beruf: _____ Beruf: _____

Telefon: _____ Email: _____

Versicherung: _____ Hauptversicherte Person: Mutter Vater

Sind die Eltern verheiratet zusammen lebend getrennt lebend geschieden

Geschwister:

weiblich männlich Alter: _____ weiblich männlich Alter: _____

weiblich männlich Alter: _____ weiblich männlich Alter: _____

Erkrankungen in der Familie:

(z.B. Asthma bronchiale, Allergie, Ekzem/ Neurodermitis, Heuschnupfen, Herzfehler, Herzinfarkte, Schlaganfälle, Epilepsie, Rheuma, Zöliakie, Schuppenflechte, Hüfterkrankungen, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen, Sehstörungen, Brillenträger)

Wenn ja, wer?

_____ Mutter Vater _____

_____ Mutter Vater _____

_____ Mutter Vater _____

_____ Mutter Vater _____

Auffälligkeiten in der Schwangerschaft: ja nein

Welche?: _____

Auffälligkeiten während oder nach der Geburt: ja nein

Welche?: _____

Geburtsgewicht: _____ **Größe:** _____ **Kopfumfang:** _____

Gestationsalter: : _____ **SSW** **Geburtsart:** _____

Hat Ihr Kind sofort geschrien? nein ja

APGAR-Werte: _____ / _____ / _____ NapH-Wert: _____

Hörtest (TOAE / AABR) auffällig? nein ja NG-Screening auffällig? nein ja

Musste Ihr Kind nach der Geburt besonders betreut werden? nein ja

Musste Ihr Kind in die Kinderklinik verlegt werden? nein ja

Wenn ja, in welche? _____

Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf, wie z.B.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infektionen (Erreger: _____) | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> vermehrtes Schreien | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen / Gedeihstörungen | <input type="checkbox"/> sonstige _____ |

Neugeborenenengelbsucht: leicht mittel stark nein

Ultraschall der Hüften: unauffällig Therapie Kontrolle

Vitamin D Prophylaxe: D-Fluorette Vigantoletten Vigantolöl Nein

Die Vitamin D Prophylaxe sollte in den ersten 12 bzw. 18 Lebensmonaten durchgeführt werden. Rezepte sind jederzeit an der Anmeldung erhältlich.

Mit welcher Nahrung wird das Kind ernährt?

- Muttermilch Pre-Nahrung „1er“-Nahrung HA-Nahrung Vollkost
 sonstiges _____

Bei welchem Kinderarzt waren sie Bisher? _____

Impfstatus: keine Impfungen komplett
 Falls Ihr Kind schon Impfungen erhalten hat, bringen Sie uns bitte den Impfausweis mit.

War Ihr Kind schon einmal ernsthaft krank? ja nein
 Woran?: _____

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? ja nein
 Warum?: _____

Wurde Ihrem Kind schon einmal folgendes verordnet?
 Ergotherapie Logopädie Krankengymnastik Nein
 Warum?: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja nein
 Welche?: _____

Bestehen bei Ihrem Kind Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Ja nein
 Welche?: _____

Besuch von Kindergarten / Schule

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tagesmutter / Krippe: mit _____ Jahren | <input type="checkbox"/> Kindergarten: mit _____ Jahren |
| <input type="checkbox"/> Vorschule: mit _____ Jahren | <input type="checkbox"/> Einschulung: mit _____ Jahren |

Bisher besuchte Schule: in der _____ Klasse

Vielen Dank für die Beantwortung dieser Fragen.

Ausgefüllt von Mutter Vater

Datum und Unterschrift: