

## 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: