



## Anamnesebogen Kinder

Kind: Name / Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Telefon Mutter/Vater: \_\_\_\_\_ E-Mail Mutter/Vater: \_\_\_\_\_

Sorgerecht:  Mutter & Vater  nur Mutter  nur Vater  andere: \_\_\_\_\_

Betreuender Kinderarzt: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese:

(zutreffendes bitte unterstreichen/ergänzen und mit ja oder nein beantworten)

	Ja	/	Nein	Wenn ja, welche?
Herzerkrankungen? (Herzfehler, Geräusche, Herzpass, Sonstiges)	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____
Lungenerkrankungen? (erschwerzte Atmung, Asthma, chronische Atemwegserkrankungen)	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____
Gibt es eine Stoffwechselerkrankung? (z.B. Diabetes)	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____
Erkrankung von Schilddrüse, Niere oder Leber?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____
Erkrankungen des Nervensystems? (Krampfleiden, Epilepsie, sonstiges)	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____
Erkrankungen des Skelettsystems/Bewegungsapparates?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____
Bluterkrankung? (Blutarmut / Anämie, Hämophilie / Bluter, sonstiges)	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____
Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____
Sonstige Erkrankungen oder Syndrome?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____
Allergie auf Medikamente?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____
Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____

Wenn ja, weswegen? \_\_\_\_\_

Behandelnder Facharzt: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_