****

**Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche**

Name, Vorname des Kindes:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Geb.-Datum | Geb.-Ort |

Anschrift :

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Strasse/ Nr. |  |
| PLZ/Ort |  |

Telefonnummer:

|  |  |
| --- | --- |
| Handy:  | Festnetz: |
| Email: |  |

Krankenversicherung des Kindes:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

Bei Privatpatienten Name/Geburtsdatum/ Anschrift des Rechnungsempfängers:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name/Vorname | Geburtsdatum | Anschrift |
|  |  |  |
|  |  |  |

Bisheriger Kinderarzt:

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Bitte teilen Sie uns Änderungen der Anschrift /Telefonnummer/Krankenkasse zeitnah mit!**



In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

|  |
| --- |
|  |

Wieviele Geschwister hat Ihr Kind?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Alter | Geschlecht | Besonderheiten |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Name, Vorname des Vaters & gelernter Beruf:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname | Beruf |
|  |  |

Name, Vorname der Mutter & gelernter Beruf:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname | Beruf |
|  |  |

Sorgerecht: gemeinsam: geteilt: Mutter/ Vater

Gibt es Raucher in der Familie? Ja/Nein

Geht Ihr Kind in den Kindergarten/ die Schule? In welche?
Seit wann?

|  |  |
| --- | --- |
| Kita |  |
| Schule |  |

Ist Ihr Kind Brillenträger?

Ja / Nein

Wurde Ihr Kind schon geimpft? Bitte Impfausweis vorlegen.

Ja / Nein

Welche Kinderkrankheiten sind bisher bei Ihrem Kind aufgetreten? Wann?

|  |  |
| --- | --- |
| Kinderkrankheiten | Wann? |
| Scharlach |  |
| Windpocken |  |
| Mumps |  |
| Masern |  |

Befand oder befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Behandlung? Wenn ja – wo und weshalb.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fachärztliche Behandlung | Wann? | Wo? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Leidet Ihr Kind an schwerwiegenden Erkrankungen? Welche?

|  |  |
| --- | --- |
| Erkrankung | Seit wann? |
|  |  |
|  |  |

Benötigt Ihr Kind ständig Medikamente? Welche?

|  |  |
| --- | --- |
| Medikamente | Dosis |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Hatte Ihr Kind schon eine Operation? Wann?
Was?

|  |  |
| --- | --- |
| Operation | Wann? |
|  |  |

Krankenhausaufenthalte:

|  |  |
| --- | --- |
| Wo? | Wann? |
|  |  |
|  |  |

Leidet Ihr Kind an Unverträglichkeiten/Allergien? Welche?

|  |
| --- |
| Allergien/Unverträglichkeiten |
|  |
|  |
|  |

Befindet sich Ihr Kind in therapeutischer Behandlung
(z.B. Ergotherapie/Logopädie/Physiotherapie/Psychotherapie)? In welcher Praxis erfolgt die Behandlung?
Seit wann?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Therapie | Seit wann? | Wo? Name? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Zusatzfragen für Jugendliche**

Rauchst Du? – Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Trinkst Du regelmäßig Alkohol? Ja/Nein

Treibst Du außerschulischen Sport? – Wenn ja, was?

**Zusatzfragen für Mädchen**

Hast Du schon Deine Regelblutung? Seit wann?
Nimmst Du die Pille?

Ja / Nein

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr Praxisteam