



Anamnesebogen für Neupatienten

Angaben zum Kind	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Krankenkasse:	
Geburtsgewicht:	Schwangerschaftswoche:
Art der Geburt (spontan/Kaiserschnitt?):	

Angaben zu den Sorgeberechtigten:	
Sorgeberechtigte*r 1	Sorgeberechtigte*r 2
Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige Person:	Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige Person:
Name, Vorname, Adresse:	Name, Vorname, Adresse:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Herkunftsland:*	Herkunftsland:*
Beruf:*	Beruf:*

* freiwillige Angaben

Angaben zu Geschwistern (Name, Geburtsdatum)	
1.	2.
3.	4.

Ist ihr Kind schon einmal operiert worden? Ja Nein

Wenn ja, wann und woran?

Hat ihr Kind chronische Erkrankungen / Vorerkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Sind bei ihrem Kind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Ist ihr Kind nach den Empfehlungen der STIKO geimpft? Ja Nein

Wenn nein, möchten sie dies nachholen?

Ja Nein

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

**Befand oder befindet sich ihr Kind schon einmal in Therapie (Logo-/Ergo-/Physio-
/Psycho-)**

Ja Nein

Wenn ja, wann und welche?

Geht ihr Kind in den Kindergarten / Schule? Ja Nein

Wenn Schule: welche Schulform / Klasse?

Gibt es in der näheren Verwandtschaft chronische Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wer war der*die bisherige Kinderarzt*ärztin ihres Kindes? (Name, Adresse)

Weitere Anmerkungen: