

Anamnesebogen

Name des Kindes
 geb. am: in
 Anschrift
 Kinder-/ Hausarzt:
 Tel.: *

* Angaben sind freiwillig und dienen der schnellen Kommunikation. Können jederzeit widerrufen werden.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

War oder ist Ihr Kind an einer der nachfolgenden Krankheiten oder Störungen erkrankt bzw. war oder ist es wegen nachfolgender Erkrankungen in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, bitte das Jahr angeben.

	Jahr		Jahr
Masern		Hirnhautentzündung	
Keuchhusten		Krampfanfälle	
Windpocken		Einnässen	
Röteln		Verhaltensstörung (ADHS)	
Mumps (Ziegenpeter)		Nieren-/Blasenerkrankungen	
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)		Herz-Kreislauf-Erkrankung	
Chronisch-entzündliche Darmerkrankung		Hauterkrankung/Ekzem	
Übergewicht		Erkrankung des Skeletts (z. B. Füße, Hüfte, Wirbelsäule)	
Ohrenerkrankung		Schuheinlagen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Augenerkrankung		Asthma	
Letzte Augenarztkontrolle			
Brille	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
		Welche?	
Krebserkrankung			
Überempfindlichkeiten/Allergien			
Operationen			
Knochenbrüche			

Befindet sich Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher und/oder psychologischer bzw. psychiatrischer Behandlung? Wenn ja, weshalb und wo?

.....

Wurden Ihrem Kind über längere Zeit Arzneimittel verordnet? Weshalb? Welche? Wann?

.....

Klagt Ihr Kind derzeit über Beschwerden?

.....

.....

