**Anamnesebogen**

Liebe Eltern,

herzlich Willkommen in unserer Kinder- und Jugendarztpraxis. Sie sind heute zum ersten Mal bei uns.

Um die körperliche und seelische Gesundheit Ihres Kindes zu beurteilen, sind wir auf Ihre Informationen zur Gesundheit und der familiären Situation angewiesen.

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen aus. Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes: …………………………………………. geb. am: …………….……………

Adresse: …………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

Telefonnr.: …………………………………………..…………………………………………..

Email: ……………………………………………………………...……………………………

Name Mutter: ………………..…………………………… geb. am: …………………………...

Beruf: ……………………………………………………………………………………………

Name Vater: ………………..……………………………. geb. am: ……………………………

Beruf: ……………………………………………………………………………………………

Sorgeberechtigt: o gemeinsam o Mutter o Vater o andere ……………………………….

krankenversichert bei …………………………….. über wen: ………………………………….

Vorbehandelnder Kinderarzt: …………………………………………………………………...

Besondere Familiensituation: (z. B. allein erziehend, schwere Erkrankung eines Familien-mitgliedes, Umzug, Trennung, Tod):

……………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………...…

……………………………………………………………………………………………...……

Geschwister (Name, Alter, Besonderheiten):

…………………………………………………………………………………………...………

…………………………………………………………………………..……………………….

……………………………………………………………………..…………………………….

Sind in der Familie, insbesondere bei Eltern und Geschwistern folgende Erkrankungen bekannt:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nein | Ja | Wenn ja, bei wem |
| Asthma |  |  |  |
| Allergien |  |  |  |
| Heuschnupfen |  |  |  |
| Neurodermitis |  |  |  |
| Bluthochdruck |  |  |  |
| Diabetes mellitus |  |  |  |
| Hüftdysplasie |  |  |  |
| Fußfehlstellung |  |  |  |
| Nierenerkrankung |  |  |  |
| Fieberkrämpfe |  |  |  |
| Epilepsie |  |  |  |
| Regelm. Medikamente |  |  |  |
| Schilddrüsenerkrankung |  |  |  |

Gab es in der Schwangerschaft Besonderheiten oder Auffälligkeiten?

...…………………………………………………………………………………………………

...…………………………………………………………………………………………………

Geburt: o spontan o Kaiserschnitt o Saugglocke in der ………………...……. SSW

Geburtsgewicht: …………… g, Größe: ………..….. cm, Kopfumfang: …………..……. cm

Gab es unter der Geburt oder danach Probleme/Schwierigkeiten bei Mutter oder Kind?

……………………………………………………………………………….………..…………

**Entwicklung**

Krabbeln mit …………… Monaten Freies Sitzen mit ……………. Monaten

Freies Gehen mit ……..…….. Monaten erste Worte mit …………….. Monaten

Betreuung des Kindes durch: ……………………………………………………………………

Wie wird ihr Baby ernährt?

o Muttermilch o ……………………………………………………………………………...

Durchgemachte Erkrankungen: …………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………….…………..

………………………………………………………………………………………...…………

Operationen, wenn ja welche: ……………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………….…………..

………………………………………………………………………………………...…………

Chronische Erkrankungen, wenn ja welche: ……………………………………………………

……………………………………………………………………………………….…………..

………………………………………………………………………………………...…………

Allergien, wenn ja welche: ………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………….…………..

………………………………………………………………………………………...…………

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, in welcher Dosierung?

……………………………………………………………………………………….…………..

………………………………………………………………………………………...…………

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? o ja o nein

Bekommt Ihr Kind Heilmittelbehandlungen? o ja o nein

Falls ja; welche? o Logopädie

 o Ergotherapie

 o Physiotherapie

 o sonstige: ………………………………………………………………..

Ich mache mir Sorgen über: ………………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………….…………..

………………………………………………………………………………………...…………

……………………………………………………………………………………….…………..

………………………………………………………………………………………...…………

Falls Sie das gelbe Vorsorgeheft und den Impfausweis heute noch nicht dabei hatten, bringen Sie es doch beim nächsten Besuch mit, damit wir die körperliche Entwicklung vorfolgen können und Sie eventuell auf ausstehende Termine aufmerksam machen können.

Vielen Dank!

Ihr Kinderarzteam in Landsberg