

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Nr.: \_\_\_\_\_

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

## ANMELDEBOGEN

**Liebe Dein Lächeln!** Das Wohlbefinden Ihres Kindes liegt uns am Herzen. Deshalb benötigen wir ausführliche Personalien und Gesundheitsangaben, um von Beginn an eine optimale Betreuung zu ermöglichen. Wir sind Ihnen daher dankbar, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit für uns nehmen und die folgenden Patientenbögen ausfüllen. Hiermit versichern wir, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Betreuung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen.

### ANGABEN ZUM KIND

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse .....

.....

.....

Telefonische Erreichbarkeit über  Mutter  Vater

Kind ist versichert über

Mutter  Vater  Kind selbst

Rechnungsempfänger / Zahlungspflichtiger

Name .....

Adresse .....

Tel. ....

### Krankenkasse

Gesetzlich welche? .....

Pflichtversichert  Zusatzversichert

freiwillig versichert

oder  Privat  Beihilfe

Privat: Standard-Basistarif

### ANGABEN ZU DEN ELTERN

Name (der Mutter) .....

Vorname .....

Adresse .....

.....

Tel. privat und \* dienstlich .....

.....

Name (des Vaters) .....

Vorname .....

Adresse .....

.....

Tel. privat und \* dienstlich .....

Geb.-Datum .....

\* E-Mail .....

\* Tel. Mobil.....

\* Arbeitgeber.....

Geb.-Datum .....

\* E-Mail .....

\* Tel. Mobil.....

\* Arbeitgeber.....

Wer ist erziehungsberechtigt?  Mutter  Vater  beide  sonstige Person

**Kinderarzt** .....

Adresse / Tel. ....

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von .....  Internet  Überweisung  Sonstiges

Was ist der Grund für den heutigen Besuch?

.....

Wir möchten Sie bitten, die vereinbarten Termine spätestens **24 Stunden vorher** abzusagen.

\* freiwillige Angaben

Name: \_\_\_\_\_

Nr.: \_\_\_\_\_

Alter des Kindes: \_\_\_\_\_

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

## ANAMNESE DES KINDES

Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie an:

Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten?

(gegebenenfalls bitte einkreisen)

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Herzerkrankung? <input type="checkbox"/> Herzgeräusch <input type="checkbox"/> Herzfehler <input type="checkbox"/> Loch im Herz<br><input type="checkbox"/> andere Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Herzpass seit: .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Lungenerkrankung? <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Pseudokrupp <input type="checkbox"/> Tuberkulose<br><input type="checkbox"/> Schwierigkeiten mit der Atmung<br><input type="checkbox"/> chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> sonstige Lungenerkrankung ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit? <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV<br><input type="checkbox"/> Sonstige .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Leber- oder Nierenerkrankung? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wann war der letzte Anfall? Welche Medikamente wurden gegeben? .....   |                          |                          |
| 6. Lippen-/ Kiefer-/ Gaumenspalte? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hat Ihr Kind Allergien? Welche? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Blutkrankheit? <input type="checkbox"/> Blutet Ihr Kind länger als üblich?<br><input type="checkbox"/> Von Willebrand-Syndrom <input type="checkbox"/> Faktormangelkrankung <input type="checkbox"/> Eisenmangelanämie<br><input type="checkbox"/> sonstige Bluterkrankung .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Stoffwechselerkrankung? <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Phosphatdiabetes<br><input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion<br><input type="checkbox"/> sonstige Stoffwechselerkrankung .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tumore oder bösartige Krankheiten? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sonstige Krankheiten oder Syndrome? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Veränderter Muskeltonus? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Hörprobleme oder Taubheit? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sehschwäche oder Blindheit? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Glaukom? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Lernschwäche? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Sprachprobleme? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ADHS/ADS? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Autismus? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Geistige Verzögerung? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Fehlen Impfungen? Welche? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus (außer bei der Geburt)? Wieso? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Frühgeburt (SSW?) / oder Schwierigkeiten bei der Geburt? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ALLGEMEINE ANGABEN

- \*25. Temperament:  ruhig  brav  ausgeglichen  temperamentvoll  
 lebendig  wild  lebenslustig  hysterisch
26. Sprache:  redet frei  redet frei nach Rapporterstellung  
 redet gar nicht  kann nicht reden  
 redet nur nach Aufforderung
- \*27. Hat Ihr Kind ein bestimmtes Kuscheltier? .....

## SCHMERZANAMNESE (NUR BEI SCHMERZEN AUSFÜLLEN)

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Seit wann hat Ihr Kind Schmerzen? .....  |                          |                          |
| Wann treten die Schmerzen auf? <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> beim Essen<br><input type="checkbox"/> Dauerschmerz |                          |                          |
| 2. Hat Ihr Kind eine Schwellung? <input type="checkbox"/> innen <input type="checkbox"/> aussen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lokalisation .....  |                          |                          |
| 3. Hat Ihr Kind Fieber? <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wie hat Ihr Kind geschlafen? .....   |                          |                          |
| 5. Weint Ihr Kind vor Schmerz? <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie Ihrem Kind ein Schmerzmittel/Antibiotika gegeben? <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn Ja, was? Hat es geholfen? .....  |                          |                          |
| 7. War Ihr Kind wegen der Schmerzen schon woanders in Behandlung? <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn Ja, wo? .....  |                          |                          |
| Wann? .....   |                          |                          |
| Wie wurde behandelt? .....  |                          |                          |

\* freiwillige Angaben

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r