



Hausärztliche Versorgung von Kindern

Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Eltern / Erziehungsberechtigte,

bitte füllen Sie die folgenden Fragen zu unserer Information aus. Diese Daten werden an keine dritte Person weitergegeben, sondern verbleiben nur in der Patientenakte Ihres Kindes unseres MVZ.

*** freiwillige Angaben**

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geb.-Datum: _____, Geburtsort: _____

Vor- und Nachname Vater: _____, geb. _____

Vor- und Nachname Mutter: _____, geb. _____

Straße / Ort: _____

Telefon/Handy: _____

email-Adresse: _____

Krankenkasse des Patienten: _____

Hauptversicherter: _____

Familienstand der Eltern: verheiratet unverheiratet geschieden verwitwet
Sorgerecht: gemeinsam getrennt:

Sorgeberechtigte(r): _____ Zuständ. Jugendamt: _____

Beruf des Vaters *: _____

Beruf der Mutter Vaters *: _____

Herkunftsland der Eltern Vaters *: _____

Aufenthaltsstatus der Eltern: Mutter: _____ Vater: _____

Geschwisterkinder:

1. _____, geb. _____ Erkrankungen: _____ keine

2. _____, geb. _____ Erkrankungen: _____ keine

3. _____, geb. _____ Erkrankungen: _____ keine



Familiensprache/Muttersprache: _____

Erkrankungen der Eltern/Familienmitglieder? (bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien/Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hüfterkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Genetische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Schwerbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Verzögerte Sprachentwicklung |

Bisherige Erkrankungen des Patienten:

Operationen: _____ bisher keine OPs

Dauermedikamente (mit Dosierung): _____ keine Medis

Bisherige Entwicklung Ihres Kindes: problematisch unproblematisch

Schwangerschaftsverlauf: unproblematisch
 problematisch, wegen: _____

Geburtsklinik: _____ Schwangerschaftsdauer: _____ Wochen

Geburt: Spontan Kaiserschnitt Beckenendlage Vacuumextraktion

Geburtsgewicht: _____, -länge: _____ Kopfumfang: _____

Auffälligkeiten? _____ keine

APGAR-Werte: _____ / _____ / _____ Nabelarterien-pH: _____

Wie alt war Ihr Kind bei:

Erstes Lächeln: _____ Sitzen: _____ Krabbeln: _____

Freies Laufen: _____ Greifen: _____ Erste Worte: _____

Erste Sätze: _____

Wortschatz aktuell (Muttersprache): 20 50 100 über 200 Wörter

Sauberkeit? Urin: _____ Stuhl: _____

Schulbesuch: _____



Nachmittagsbetreuung: _____

Hobbies: _____

Sozialkontakte/Freunde: keine wenige normal viele

TV/PC/Smartphone-Zeit pro Tag: _____ in Stunden

Körperliche Bewegung pro Tag: _____ in Stunden

Schulische Probleme: _____ • keine

Stimmung/Emotionalität: (aktuell; bitte ankreuzen):

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> risikofreudig | <input type="checkbox"/> schüchtern | <input type="checkbox"/> aggressiv | <input type="checkbox"/> traurig | <input type="checkbox"/> depressiv |
| <input type="checkbox"/> glücklich | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> fröhlich | <input type="checkbox"/> impulsiv | <input type="checkbox"/> ängstlich |
| <input type="checkbox"/> selbst-/fremdverletzend | <input type="checkbox"/> motiviert | <input type="checkbox"/> ungeduldig | <input type="checkbox"/> geduldig | <input type="checkbox"/> antriebslos |

Bei Arztwechsel:

Wer war Ihr bisheriger Kinderarzt? _____

Was ist der Wechselgrund in unsere Praxis? _____

Bisherige Impfungen: _____

_____ Impfpass in Praxis vorgezeigt

Auslandsaufenthalte in den letzten 12 Monaten: _____ nein

Notizen / Ergänzungen:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wir bedanken uns herzlich für das Ausfüllen dieses Informationsblattes. Sie haben uns unsere Arbeit dadurch deutlich erleichtert, auch für kürzerer Wartezeiten in unserer Praxis gesorgt und die Voraussetzungen für die Behandlung Ihres Kindes verbessert.