



## Anamnesebogen für Kinder

Liebe Eltern,

um Ihr Kind optimal behandeln zu können, bitten wir Sie den Anamnesebogen soweit wie möglich auszufüllen. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Bei Rückfragen steht Ihnen das Praxispersonal gerne zur Verfügung.

Angaben zum Kind	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Krankenkasse:

Angaben zu den Eltern	
Mutter	Vater
Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adresse:	Adresse:
Tel.:	Tel.:
E-Mail:	E-Mail:
Angaben zu weiteren Sorgeberechtigten, falls vorhanden:	



Chronische oder schwerwiegende Erkrankungen in der Familie zurück bis zu den Großeltern des Kindes.

(Bitte angeben, wer, welche Form, ...)

Asthma:	ja <input type="checkbox"/>	_____	nein <input type="checkbox"/>
Hüfterkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	_____	nein <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	_____	nein <input type="checkbox"/>
Hörstörungen	ja <input type="checkbox"/>	_____	nein <input type="checkbox"/>
Fehlbildungen	ja <input type="checkbox"/>	_____	nein <input type="checkbox"/>
Herz/Kreislaufferkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	_____	nein <input type="checkbox"/>
Diabetes	ja <input type="checkbox"/>	_____	nein <input type="checkbox"/>
Immundefekte	ja <input type="checkbox"/>	_____	nein <input type="checkbox"/>
Allergien	ja <input type="checkbox"/>	_____	nein <input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen in der Familie, die wir wissen sollten:

\_\_\_\_\_

Werden Sie zuhause von einer Hebamme betreut? ja ☐ nein ☐

Name der Hebamme: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Trink-/Schluckbeschwerden? ja ☐ nein ☐

Schreit Ihr Kind häufig? ja ☐ nein ☐

Bekommt ihr Kind Vitamin D? ja ☐ nein ☐

Gab es in der Schwangerschaft Komplikationen? ja ☐ nein ☐

Wenn Ja, welche?

\_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung:**

*Die Erteilung der Einwilligung ist freiwillig und unabhängig von der Behandlung Ihres Kindes. Sie können die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.*

**Einwilligungserklärung zum Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern zu Behandlungszwecken**

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein Kinderarzt Informationen zu Befunden und Behandlungen bei anderen Leistungserbringern, bei denen mein Kind in Behandlung ist (z.B. Fachärzte, Psychotherapeuten), einholt und an diese weitergibt, soweit dies für die Behandlung meines Kindes erforderlich ist. Mein Kinderarzt wird diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Ich entbinde den Kinderarzt und die anderen Leistungserbringer insofern von der Schweigepflicht.

**Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme über E-Mail**

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Kinderarztpraxis Bloherfelde mich über E-Mail kontaktiert.

☐ Ich stimme der Datenverarbeitung zu.

**Gerne händigen wir Ihnen das Informationsblatt zum Datenaustausch an der Anmeldung aus.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift