



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 Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Adresse: Tel.: E-Mail:	Vater Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Adresse: Tel.: 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/Kreislauferkrankungen	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