



FACHÄRZTIN FÜR KINDER- & JUGENDMEDIZIN
ZB ALLERGOLOGIE

ERSTANAMNESEBOGEN

PATIENTIN | PATIENT

weiblich männlich

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Straße Hausnr.		PLZ Ort

ELTERN

MUTTER

Nachname der Mutter	Vorname der Mutter	Geburtsdatum
---------------------	--------------------	--------------

<input type="checkbox"/> Anschrift wie Patientin Patient	Straße Hausnr.	PLZ Ort
--	------------------	-----------

Telefon mobil	Telefon Festnetz	E-Mail
---------------	------------------	--------

Beruf

VATER

Nachname des Vaters	Vorname des Vaters	Geburtsdatum
---------------------	--------------------	--------------

<input type="checkbox"/> Anschrift wie Patientin Patient	Straße Hausnr.	PLZ Ort
--	------------------	-----------

Telefon mobil	Telefon Festnetz	E-Mail
---------------	------------------	--------

Beruf

FAMILIENSTAND

ledig verheiratet

ERZIEHUNGSBERECHTIGT

Eltern nur Mutter nur Vater Andere _____

GESCHWISTER

Nachname	Geburtsdatum	Vorname	Geburtsdatum
Nachname	Geburtsdatum	Vorname	Geburtsdatum

KRANKENKASSE

pflichtversichert privat freiwillig versichert Beihilfe zusatzversichert

Name der Krankenkasse	Über wen ist das Kind versichert? <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
-----------------------	---

BISHERIGER KINDERARZTPRAXIS

Name der Ärztin des Arztes	Ort
------------------------------	-----



ERSTANAMNESEBOGEN (2)

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen

Hat oder hatte Ihr Kind folgende Krankheiten:

wenn ja, welche ...

Stoffwechselerkrankungen / Diabetes nein ja

Asthma / Atemnot nein ja

Blutgerinnungsstörungen nein ja

Allergien nein ja

Leber- oder Nierenerkrankungen nein ja

Epilepsie oder Fieberkrämpfe nein ja

Infektionserkrankungen, HIV, Hepatitis nein ja

Lernschwäche oder ADHS nein ja

Genetische Krankheiten oder Entwicklungsstörungen nein ja

Sonstige Erkrankungen nein ja

Fehlen Impfungen bei Ihrem Kind? nein ja

Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (z.B. Frühgeburt) nein ja

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? nein ja

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? nein ja

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? nein ja

BEKANNTE ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE

wenn ja, welche ...

Allergien (Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Medikamente) nein ja

Asthma oder Neurodermitis nein ja

Diabetes nein ja

Blutungsneigung nein ja

Hüfterkrankungen im Kindesalter nein ja

Sehstörungen nein ja

Adipositas oder Übergewicht nein ja

Sonstige nein ja

Wird in Ihrer Familie geraucht? nein ja

- Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Sollten sich Änderungen bzgl. Des Sorgerechts oder Auskunftsrechts ergeben, verpflichte ich mich Sie umgehend in Kenntnis zu setzen.

DATUM

UNTERSCHRIFT SORGEBERECHTIGTER

