

**Dr. med. Horst Markmann**

## Anamnesebogen

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

*Liebe Eltern*

*Durch das Ausfüllen dieses Bogens können Sie mir Informationen zu Ihrem Kind geben, die Ihnen auf den ersten Blick belanglos erscheinen mögen, die jedoch unter ganzheitlicher Betrachtung erst eine wirksame und auf die Bedürfnisse Ihres Kindes abgestimmte Behandlung ermöglichen.*

**Kind**

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.Datum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
 Alter: \_\_\_\_\_ Jahre      \_\_\_\_\_ Monate

**Mutter**

Name: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Geb.Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Vater**

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/ Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Bei welcher Versicherung ist Ihr Kind gemeldet? \_\_\_\_\_

**Hauptversicherter:**

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

Geb.: \_\_\_\_\_

Bei Privatpatienten Rechnungsanschrift: \_\_\_\_\_

Meine Private Krankenversicherung ist \_\_\_\_\_

Für die Bezahlung der erbrachten ärztlichen Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hafte ich persönlich

**! Änderungen werde ich unverzüglich ohne weitere Aufforderung mitteilen.**

Unterschrift Hauptversicherter: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Ist die Familie vollständig? \_\_\_\_\_ Eltern verheiratet, seit wann? \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt sind: \_\_\_\_\_

Wohnort / Tel. (sofern abweichend ) \_\_\_\_\_ :

**Einwilligungserklärung** : Eltern / Sorgeberechtigte sind bei persönlicher Abwesenheit ausdrücklich damit einverstanden, dass der stellvertretende Sorgeberechtigte (Elternteil) auch allein sein Einverständnis bei Behandlung / Therapie/ Eingriffen / Impfungen geben darf.  
 Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben. Änderungen der hier gemachten Angaben werde ich unverzüglich und ohne weitere Aufforderung mitteilen.

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

Unterschrift Mutter : \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_



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

Hat das Kind ein eigenes Zimmer \_\_\_\_\_.

**EA:**

**Besonderheiten in der Schwangerschaft:** nein **ja**

Vorzeitige Wehen/ BEL Tokolyse Krankenhausaufenthalt Infektionen

**Besonderheiten bei der Geburt:** nein **ja**

Geburtsklinik: FG Asphyxie O2-Bedarf angeb.Störungen Hausgeburt: Krämpfe Hypoglykämie

**Geburtsmodus:** Spontan VE/Forceps Sectio

**Geb.gew:** \_\_\_\_\_ g **Größe:** \_\_\_\_\_ cm

**Apgar:** \_\_\_\_\_ **pH:** \_\_\_\_\_

**TEOAE** durchgeführt : ja  nein  pathologisch: ja  nein

Vitamin K prophylaxe durchgeführt ? ja  nein

NG-Screening ja  nein  Pathologisch

**War das Kind bei der Geburt von der Mutter getrennt worden?**, \_\_\_\_\_ ;wann: \_\_\_\_\_ ;wie lang \_\_\_\_\_.

**Ernährung:**

Muttermilch: \_\_\_\_\_ wenn nein, welche Nahrung? \_\_\_\_\_,

Beikost ab Monat: \_\_\_\_\_ was?: \_\_\_\_\_

**War das Kind nach der Geburt oder im ersten LJ längere Zeit von der Mutter getrennt ?**

nein:  ja:

wie lange/warum? \_\_\_\_\_

**Fragen zur Entwicklung:**

Wann kam der erste Zahn? \_\_\_\_\_.

Wann konnte das Kind sitzen: \_\_\_\_\_ ; stehen; \_\_\_\_\_ ; laufen \_\_\_\_\_

Wann sprach es die ersten Worte? \_\_\_\_\_

Wann wurde es trocken? \_\_\_\_\_ besteht noch Einnässen/Einkoten? \_\_\_\_\_

Wann setzte der Zahnwechsel ein? \_\_\_\_\_ ( hat noch nicht begonnen)

Wann bekam es den ersten bleibenden Backenzahn ? \_\_\_\_\_.

Welche Rachitisprophylaxe wurde durchgeführt/wie lange?

keine Apatit/conchae etc. Vigantol(Vit.D) Fluor + Vit.D

Bekam/bekommt das Kind Fluorpräparate ? nein  ja  welche: \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_.

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

**Bisherige Auffälligkeiten in der Entwicklung/Erkrankungen: (Jahres/Altersangabe)**

	<i>Auffälligkeiten</i>	<i>Alter</i>
VSU 2		
VSU 3		
VSU 4		
VSU 5		
VSU 6		
VSU 7		
VSU 8		
VSU 9		

**Schutzimpfungen:**

	<i>1. Impfung</i>	<i>2. Impfung</i>	<i>3. Impfung</i>	<i>4. Impfung</i>	<i>5. Impfung</i>
<i>Datum:</i>					
<b>Tbc</b>					
<b>Tetanus</b>					
<b>Diphtherie</b>					
<b>Polio</b>					
<b>Hib</b>					
<b>Pertussis</b>					
<b>Hep-B</b>					
<b>Masern</b>					
<b>Mumps</b>					
<b>Röteln</b>					
<b>FSME</b>					
<b>Varizellen</b>					

**Bisherige Erkrankungen**

Windpocken: \_\_\_\_\_  
 Röteln: \_\_\_\_\_  
 Keuchhusten: \_\_\_\_\_  
 Scharlach: \_\_\_\_\_  
 Mandelentzdg.: \_\_\_\_\_  
 Hirnhautentzdg.: \_\_\_\_\_  
 Pseudokrupp: \_\_\_\_\_

Masern: \_\_\_\_\_  
 Mumps: \_\_\_\_\_  
 Kinderlähmung: \_\_\_\_\_  
 Diphtherie: \_\_\_\_\_  
 Lungenentzdg.: \_\_\_\_\_

Krampfanfälle/Fieberkrämpfe?: \_\_\_\_\_

Therapie? \_\_\_\_\_ fortdauernd

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

Gelbsucht/Hepatitis: wann? \_\_\_\_\_

infektiös?:nein ja

Durchfallerkrankung/Salmonellen: \_\_\_\_\_

Dauerausscheider ? nein  ja

Häufige Erkältungen: \_\_\_\_\_  
welche Jahreszeit? \_\_\_\_\_

wie oft /Jahr? \_\_\_\_\_

behinderte Nasenatmung? Nein  ; ja

Mundatmung? Nein  ; ja

Schnarchen?Nein  ja

---

**Allergien**

Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Asthma: nein  ja:  seit wann: \_\_\_\_\_

infektbedingt: \_\_\_\_\_;allergisch: \_\_\_\_\_

Heuschnupfen: nein  ja:  seit wann? \_\_\_\_\_

Ekzem: nein  ja  : seit wann? \_\_\_\_\_

**Sinnesorgane**

Hörstörung? nein  ja  ,nicht bekannt

letzter Hörtest? \_\_\_\_\_ bei Dr.: \_\_\_\_\_

Adenoide? nein  ja

Lymphatiker ? nein  ja

Ohrentzündungen: nein  ja  wie oft? \_\_\_\_\_

Behandlung? \_\_\_\_\_

Sehfehler? nein  ja  Kurzsichtig Weitsichtig

Brillenträger? \_\_\_\_\_.

**Ernährungsstörungen im Säuglingsalter:** \_\_\_\_\_

sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**Durchgemachte Operationen:**

Nabelbruch: \_\_\_\_\_

Leistenbruch: \_\_\_\_\_

Blinddarmfortsatz: \_\_\_\_\_

Wucherung der Mandeln:

Rachenmandeln:(TE): \_\_\_\_\_

Gaumenmandeln:(AT): \_\_\_\_\_

Paukendrainage: \_\_\_\_\_

Sonstige Operationen: \_\_\_\_\_

---

**Unfälle:**

Verbrühungen/Verbrennungen: \_\_\_\_\_

Knochenbrüche: \_\_\_\_\_

Gehirnerschütterung: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

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

Vegetativum:

Appetit: gut  schlecht  wählerisch

Durst: was trinkt das Kind: \_\_\_\_\_

wieviel?: \_\_\_\_\_

Ernährungsform: vegan \_\_\_\_\_ ovo-lacto-vegetabil: \_\_\_\_\_

Neigungen: mit Fleisch/Ei/Milch \_\_\_\_\_  
Abneigungen: eher süß eher salzig einzelne Speisen: \_\_\_\_\_

Stuhlgang: täglich ? : nein  ja

Schlaf: Einschlafen: rasch allein  
Durchschlafen: nein ja  
wacht es nachts auf?: nein ja  
Mittagsschlaf: nein ja wie lange  
Träume? nein wenig lebhaft

Leib-Seele Verbindung: schwitzt das Kind viel ? leicht?  
Hat es kalt Hände/Füße? \_\_\_\_\_

Temperament: sanguinisch melancholisch  
choleric phlegmatisch

Eigenschaften: \_\_\_\_\_

Spielgewohnheiten: \_\_\_\_\_

Geschicklichkeiten: \_\_\_\_\_

Soziales Verhalten: \_\_\_\_\_

Außerfamiliäres Umfeld :

Kindergarten /Schule:

Welche Einrichtung (Kindergarten/Schule incl. Klasse) besucht das Kind?

Wie schätzen Sie die Integration Ihres Kindes in der Einrichtung ein ?

Kontakt zu Gleichaltrigen ?

Kontakt zu erwachsenen Bezugspersonen?

Wie beurteilen Sie die Konzentration und Ausdauer Ihres Kindes ?

Freizeit:

Welche Hobbys hat Ihr Kind ?

Welchen Sport betreibt es?

Wie viele Stunden bewegt es sich im Freien( pro Woche )?

Wie viel Medienkontakt/gebrauch (PC, TV, game boy, Nintendo, X-box etc.) findet täglich statt.?

*Erwähnenswertes aus elterlicher Sicht/Welche Frage bezüglich Ihres Kindes liegt Ihnen besonders am Herzen?*

**Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.**

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit**

**Dr. med. Horst Markmann**

*Stand 02.2018*