

## 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

### Mutter

### Vater

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

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

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

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.

Im Falle eines alleinigen Sorgerechts bringe ich die Negativerklärung zur Vorlage. Ja \_\_\_\_ Nein \_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_ wie lange gearbeitet? \_\_\_\_\_

Berufsaufgabe wegen Geburt? ja ; nein

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_ seit wann berufstätig? \_\_\_\_\_.

Wohnungswechsel/Ortswechsel während Schwangerschaft/pp /Vorschulphase/Schulalter?  
Ja  Von wo - nach \_\_\_\_\_ Nein

Angaben über das Kind: \_\_\_\_\_ Wichtige Besonderheiten: (Einzelangaben) \_\_\_\_\_

Sonstige betreuende Ärzte: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Kind kommt in Begleitung von: Mutter  Vater  Sonstige: \_\_\_\_\_

Geschwister/Stellung in der Geschwisterfolge:

Name/ ggf. abweichende Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Schule/KiGa: \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_

**FA: bitte kreuzen Sie die Betreffenden Erkrankungen an.**

	Mutter	Groß-mutter	Groß-vater	Vater	Groß-mutter	Groß-vater	Geschwister	Sonstige
Allergien								
Augen								
Schilddrüse								
Leber/Magen/Darm								
seelische Störungen								
Herz								
Lunge								
Ohren								
Kreislauf								
Zentrales Nervensystem								

Besonderheiten in der Schwangerschaft: nein  ja   
Vorzeitige Wehen/ BEL Tokolyse Krankenhausaufenthalt Infektionen

Besonderheiten bei der Geburt: nein  ja   
Geburtsklinik: Hausgeburt:  
FG Asphyxie O2-Bedarf Krämpfe Hypoglykämie angeb.Störungen

Geb.Gew: \_\_\_\_\_ g Größe: \_\_\_\_\_ cm / Geburtsmodus: Spontan  VE/Forceps  Sectio   
Appar: \_\_\_\_\_ 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?, \_\_\_\_\_ ;

Wenn ja wann: \_\_\_\_\_ ; wie lang \_\_\_\_\_.

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

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

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

Stand 05.2019