

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

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: _____

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>					
Tbc					
Tetanus					
Diphtherie					
Polio					
Hib					
Pertussis					
Hep-B					
Masern					
Mumps					
Röteln					
FSME					
Varizellen					

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: _____

wie oft /Jahr? _____

welche Jahreszeit? _____

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: _____

Wucherung der Mandeln:

Leistenbruch: _____

Rachenmandeln:(TE): _____

Blinddarmfortsatz: _____

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 05.2019