

Dr. med. Friederike Kohlmeier
Dr. med. Horst Markmann
Katharina Bakker

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: _____

Lebt die Familie zusammen ? _____ 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 ☐
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?, _____ ;

Wenn ja wann: _____; wie lang _____.

Ernährung: Muttermilch: _____ wenn nein, welche Nahrung? _____

Beikost ab Monat: _____ was?: _____

Hat das Kind ein eigenes Zimmer _____.

Stand 11.2025