

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

Name: _____
Vorname: _____
Geb.Datum: _____. _____. _____
Alter: _____ Jahre _____ Monate

Mutter

Vater

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 Negativklärung 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.

Praxisinformationen im gelben Infoblatt der Praxis (Anmeldung) und Praxisinformationen im Wartezimmer werde ich berücksichtigen und mich daran halten.

Datum: _____

Unterschrift Mutter : _____ Vater: _____

Datum: _____

Name des Kindes : _____

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 _____

Nein ☐

Lebt die Familie zusammen Ja ☐

Nein ☐

Angaben über das Kind:

Wichtige Besonderheiten: (Einzelangaben s.u.) _____

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
Alter:								
Allergien								
Infekte								
Krebs								
Augen								
Schilddrüse								
Leber/Magen/Darm								
seelische Störungen								
Herz								
Lunge								
Ohren								
Kreislauf								
Zentrales Nervensystem								

Datum: _____

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

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: _____.

Datum: _____

Datum: _____

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 7a		
VSU 8		
VSU 9		

Schutzimpfungen:

	1. Impfung	2. Impfung	3. Impfung	4. Impfung	5. Impfung
Datum:					
Tbc					
Tetanus					
Diphtherie					
Polio					
Hib					
Pertussis					
Hep-B					
FSME					
Meningokokken B					
Masern					
Mumps					
Röteln					
Varizellen					
Meningokokken C					

Bisherige Erkrankungen

Windpocken: _____

Röteln: _____

Keuchhusten: _____

Scharlach: _____

Mandelentzdg.: _____

Hirnhautentzdg.: _____

Pseudokrupp: _____

Krampfanfälle/Fieberkrämpfe?: _____

Therapie? _____ fortdauernd

Sonstiges _____

Masern: _____

Mumps: _____

Kinderlähmung: _____

Diphtherie: _____

Lungenentzdg.: _____

Datum: _____

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: _____

Datum: _____

Name des Kindes : _____

Vegetativum:

Appetit: gut ☐ schlecht ☐ wählerisch ☐

Durst: was trinkt das Kind: _____

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
cholerisch 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 Dr.med.Friederike Kohlmeier

Stand Juni/2024