

Anamnesebogen Kinder

Die Anamnese ist die professionelle Erfragung von potentiell medizinisch relevanten Informationen. Ziel ist dabei die Erfassung der Krankengeschichte des Kindes, zum Beispiel im Rahmen einer akuten Erkrankung.

Die Anamnese kann Fragen nach Vorerkrankungen und Allergien, Erkrankungen in der Familie, Medikamenteneinnahmen, Risikofaktoren und subjektiven Beschwerden beinhalten.

>> www.arztpraxis-beyer.de/datenschutz



Facharztpraxis für
Allgemeinmedizin

Dr. med. Lara-Sophie Beyer

Ortsgarten 14a

21398 Neetze

Tel.: 0 58 50 / 971 90 40

kontakt@arztpraxis-beyer.de

www.arztpraxis-beyer.de

Persönliche Daten des Kindes

Name Bisheriger behandelnder Arzt
Geburtsdatum

Eltern

MUTTER Name Geburtsdatum
Beruf (gelernt) derzeitige Tätigkeit
Allergien Vorerkrankungen
(Asthma, Bluthochdruck, etc.)

VATER Name Geburtsdatum
Beruf (gelernt) derzeitige Tätigkeit
Allergien Vorerkrankungen
(Asthma, Bluthochdruck, etc.)

Getrennt lebend nein ja Blutsverwandtschaft der Eltern? nein ja

Betreuung des Kindes durch

Sorgerecht gemeinsam alleinig

Geschwister

Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	Vorerkrankungen	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	Vorerkrankungen	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	Vorerkrankungen	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	Vorerkrankungen	<input type="text"/>

Schwangerschaft

Schwangerschaftsverlauf unkompliziert kompliziert

Besonderheiten in der Schwangerschaft nein ja
(Infektionen, Blutungen)

Medikamente in der Schwangerschaft nein ja

Alkohol in der Schwangerschaft nein ja

Zigaretten in der Schwangerschaft nein ja

Drogen in der Schwangerschaft nein ja

Geburt

Geburt spontan Einleitung Kaiserschnitt

Schwangerschaftswoche

Geburtsort Klinik Geburtshaus Zuhause

Größe bei Geburt

Gewicht bei Geburt

Besonderheiten oder Komplikationen nein ja

(Zange, Saugglocke)

Vitamin-K-Prophylaxe

nein ja

Entwicklung

Haben Sie Auffälligkeiten in folgenden Bereichen festgestellt?

Motorische Entwicklung (Drehen, Krabbeln, Sitzen, Laufen, Feinmotorik)

Wann konnte Ihr Kind die ersten Schritte machen?

Sprachentwicklung (Lautieren, Bildung erster Worte und Sätze, Sprachverstehen)

Wann hat Ihr Kind die ersten Worte gesagt?

Gibt es Laute, die Ihr Kind nicht gut sprechen kann?

Hören und Sehen

Wurde das Gehör schonmal untersucht?

Trägt Ihr Kind Brille oder Hörgerät?

Sonstiges (Spielverhalten, Einhalten von Regeln, feste Tagesabläufe, Medienkonsum)

In welchem Alter war Ihr Kind sauber und trocken?

Gibt es Auffälligkeiten beim Essen?

nein ja

Welche?

Gibt es Auffälligkeiten beim Schlafen?

nein ja

Welche?

Hat Ihr Kind regelmäßig Impfungen erhalten?

nein ja

zuletzt:

Bitte Impfausweis mitbringen!

Krankengeschichte

Operationen nein ja

Was?	_____	Wann?	_____
Was?	_____	Wann?	_____
Was?	_____	Wann?	_____

Letzte Krankenhausaufenthalt

Wo?	_____	Wegen?	_____	Wann?	_____
-----	-------	--------	-------	-------	-------

Letzte Reha oder Kur

Wo?	_____	Wegen?	_____	Wann?	_____
-----	-------	--------	-------	-------	-------

Medikamenteneinnahmen nein ja _____

Allergien nein ja _____

Bisherige Therapien (Logopädie, Krankengymnastik, Ergotherapie, etc.)

Familienanamnese

ERKRANKUNG	MÜTTERLICHERSEITS	VÄTERLICHERSEITS
Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Taubheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Hüftdysplasie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Kreislaufkrankungen, Herzkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Erkrankungen des Immunsystems, Autoimmunerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Bösartige Erkrankungen (Krebs)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Allergien, Neurodermitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Augenerkrankungen (Grüner oder Grauer Star, Erblindung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Erkrankungen des Magens oder Darms	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Sonstige	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____

Kindergarten & Schule

In welchen Kindergarten oder in welche Schule geht Ihr Kind?

Lernauffälligkeiten nein ja

Soziale Probleme nein ja

Gibt es noch etwas, das Sie mir schriftlich mitteilen möchten?

