

Allgemeiner Anamnesebogen/Pädiatrie für Kinder

Name: _____

Vorname: _____

Wohnort: _____

Geburtstag: _____

Telefon/Handynummer: _____

Ist oder war eine Versicherung vorhanden? Ja, bei _____ Nein

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen

	Nein	Ja
Gab es in der Schwangerschaft Komplikationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche: _____
Blutungen in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorzeitige Wehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mussten sie Medikamente nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welcher: _____
Hatten sie eine längere Flugreise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Probleme mit dem Blutzucker? Gestationsdiabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben die Eltern während der Schwangerschaft geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde das Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> im Jahr: _____
Hatte das Kind schon einmal einen Unfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> im Jahr: _____
War das Kind schon einmal ernsthaft erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musste es im Krankenhaus behandelt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie lang wurde das Kind gestillt?

_____Wochen _____Monate

Mit was wird es jetzt ernährt?

War es die erste oder die wievielte Schwangerschaft war es?

1 2 3

War es die erste oder die wievielte Geburt?

1 2 3

Zur Familiengeschichte

	Nein	Ja
Gab es Nieren- oder Hüftgelenkerkrankung bei Vater oder Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es einen Fall von Zuckerkrankheit im frühen Kindesalter bei		
nahen Verwandten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es ein Krampfleiden (Epilepsie) bei nahen Verwandten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es einen Fall von Tuberkulose bei nahen Verwandten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden der Vater oder die Mutter an einer Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche: _____ _____
Gibt es Schilddrüsenerkrankungen bei nahen Verwandten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwenden sie zuhause zum Kochen Fluor JodSalz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es besondere Erkrankungen in der Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche: _____ _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten