



Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Liebe Eltern, Kinder und Jugendliche,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Sie sind heute zum ersten Mal bei uns. Damit wir uns gleich Ihren Anliegen widmen können, bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Um die körperliche und seelische Gesundheit Ihres Kindes zu beurteilen, sind wir auf Ihre Informationen zur Gesundheit und der Situation in der Familie angewiesen. Bitte füllen Sie die folgenden Fragen aus. Bei Verständnisfragen helfen wir Ihnen gerne.

Die Antworten unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes / Jugendlichen

Vorname Nachname.....

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

Handy

Kontakt Daten der Eltern

Mutter..... Beruf

Vater..... Beruf

Wer hat das Sorgerecht?

E-Mail- Adresse..... Festnetz.....

Mobil.....

Krankenkasse..... Hauptversicherer.....

ggf. Adresse des Rechnungsempfängers.....

Medizinische Angaben

Bisheriger Hausarzt:

Kinderarzt:

Dürfen wir Vorbefunde anfordern? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, ist eine Unterschrift des Erziehungsberechtigten auf Seite 4 notwendig.

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?.....

Geschwister?

Name.....

Alter.....

Geschlecht.....

bestehen bei diesen Besonderheiten?.....

Gibt es Raucher in der Familie? ☐ Ja ☐ Nein

Geht Ihr Kind in den Kindergarten / die Schule? ☐ Ja ☐ Nein

In welche(n)?

Seit wann?

Ist Ihr Kind Brillenträger? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde Ihr Kind schon geimpft? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte Impfausweis vorlegen.

Welche Kinderkrankheiten sind bisher bei Ihrem Kind aufgetreten? Wann?

.....

.....

.....

Befand oder befindet sich Ihr Kind in sonstiger fachärztlicher Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wo und weshalb?

.....

Leidet Ihr Kind an schwerwiegenden Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein

Welche?.....

.....

Benötigt Ihr Kind ständig Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

Welche?

.....

Hatte Ihr Kind schon eine Operation? ☐ Ja ☐ Nein

Welche?.....

Lag Ihr Kind schon im Krankenhaus? ☐ Ja ☐ Nein

Wann?.....

Warum?.....

Wo?.....

Leidet Ihr Kind an Unverträglichkeiten/ Allergien? ☐ Ja ☐ Nein

Welche?.....

Befindet sich Ihr Kind in therapeutischer Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

(z.B. ☐ Ergotherapie/ ☐ Logopädie/ ☐ Physiotherapie/ ☐ Psychotherapie?)

In welcher Praxis erfolgt die Behandlung und **seit wann?**

.....

Zusatzfragen für Jugendliche

Rauchst du? Ja ☐ Nein **Wenn Ja, wie viele Zigaretten am Tag?**

Trinkst du regelmäßig Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein

Treibst du außerschulischen Sport? ☐ Ja ☐ Nein, wenn ja, was?

Zusatzfragen für Mädchen

Hast du schon deine Regelblutung? ☐ Ja ☐ Nein

Seit wann?

Nimmst du die Pille? ☐ Ja ☐ Nein **Wenn ja, welche?**

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Marlo Schattauer
Ralf Illinger
Dr. Eszter Meissner

Hausärzte Mauerstetten



Gesundheit in guten Händen

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Sportmedizin - Chirotherapie

Naturheilverfahren - Notfallmedizin

Schongauer Str. 1 - D-87665 Mauerstetten - BSNR 708033500
Tel. 08341 - 96677 11 - Fax 96677 20 - Rezept-Hotline 96677 22

Einverständniserklärung
zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten
gem. §73Abs. 1b SGB V

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw.
gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.