

Anamnesebogen

Liebe Eltern,

herzlich Willkommen in unserer Kinder und Jugendarztpraxis. Sie sind heute zum ersten Mal bei uns. Damit wir uns gleich Ihrem 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 der ärztlichen Schweigepflicht. Fragen, die Sie nicht beantworten möchten, können Sie einfach auslassen.

Name des Kindes: **Geburtsdatum:**
Anschrift:

Kontaktdaten der Erziehungsberechtigten

Mutter:	.....	Weitere	.....
Vater:	.....	Erziehungsberechtigte:	.....
Email-Adresse:	.....	Krankenkasse:	.....
Festnetz:	.....	Hauptversicherter:	.....
		Geburtsdatum:	.....
Handy:	.....	Beruf Vater:	.....
Tagsüber erreichbar:	.....	Beruf Mutter:	.....

Medizinische Angaben

Bisheriger
Kinderarzt/mitbehandelnde Ärzte:

Geschwister (Name, Alter,
Besonderheiten)

Sind in der Familie, insbesondere bei der Mutter, Vater, Geschwister oder bei Ihrem Kind chronische Erkrankungen/Unverträglichkeiten bekannt?

.....
.....

Gibt es Auffälligkeiten bei Ihrem Kind? Operationen?

.....
.....

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, welche und in welcher Dosierung?

.....

Bitte wenden!

Zusatzfragen für Jugendliche:

Rauchst Du? O Nein, O Ja: Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Trinkst Du regelmäßig Alkohol? O Nein, O Ja, wie oft?

Treibst Du außerschulischen Sport? O Nein, O Ja, welchen?

Zusatzfragen für Mädchen:

Hast Du schon Deine Regelblutung? O Nein; O Ja Seit wann?

Nimmst du die Pille? O Nein; O Ja Seit wann?

Vielen Dank für Ihre Angaben

Ihr Praxisteam

Einverständniserklärung des Patienten zur Erinnerung an (bitte ankreuzen)

- Kinder und Jugendvorsorgeuntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden
- Impfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden
- Notwendige, regelmäßige Kontrollen z.B. Blutentnahmen bei chronischen Erkrankungen, jährliche Schilddrüsen-Sonographie bei Schilddrüsenerkrankungen u.a.

auf folgendem Weg:

- Email
- Telefon

Hiermit stimme ich zu, dass mich mein Arzt an die oben aufgeführten Termine erinnern kann und darf. Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

Pohlheim, den

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Nach § 73 Abs. 1 b Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V willige ich hiermit bis auf Widerruf ein, dass mein behandelnder Kinder- und Jugendarzt, Dr. med. Leitzmann die Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung meines Kindes

.....
(Name)

bei anderen Ärzten anfordert sowie die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an mitbehandelnde andere Ärzte übermittelt.

Pohlheim, den

Unterschrift des Patienten oder eines
Sorgeberechtigten

Unterschrift des Patienten oder eines
Sorgeberechtigten