

Anamnesebogen für Kinder

Name Ihres Kindes : _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Mit wem ist Ihr Kind mitversichert? (Vorname und Name): _____

1) Wurde bei Ihrem Kind einmal folgendes diagnostiziert? (bei „Ja“ bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Bluter | <input type="radio"/> Scharlach |
| <input type="radio"/> Diabetiker | <input type="radio"/> Schilddrüsenüber/-unterfunktion |
| <input type="radio"/> Rheumatiker | <input type="radio"/> Diphtherie |
| <input type="radio"/> Epileptiker | <input type="radio"/> erhöhte Blutfettwerte |
| <input type="radio"/> Angeborener/erworbener Herzfehler | <input type="radio"/> angeborene Hüftgelenksdysplasie |
| <input type="radio"/> ADS/ADHS/Hyperaktivität | <input type="radio"/> Entwicklungsstörungen |
| <input type="radio"/> Sonstige: | |

2) Bei älteren Kindern: **Raucher/in?**

→ Wenn ja, seit wann? → Wie viele?

3) Leidet Ihr Kind an einer **Allergie?**

- a) Gegen Medikamente (Welche ? : _____)
- b) Verträgt Ihr Kind die lokale Betäubung beim Zahnarzt?
 Ja Nein
- c) Ist Ihr Kind gegen Nahrungsmittel allergisch?
 Ja Nein
- d) Oder gegen Inhalationsallergene wie Hausstaub, Pollen, Tierhaare etc.?
 Ja Nein
- e) Leidet Ihr Kind an einer Allergie gegen Umweltallergene wie Insektenstich, Kosmetik, Shampoo, Deo, Modeschmuck, Nahrungszusatzstoffe, Teppichboden, Latex usw.
 Ja Nein

4) Gibt es **chronische Erkrankungen bei den leiblichen Eltern bzw. Geschwistern?**

Vater: _____

Mutter: _____

Geschwister: _____

8) Wie war die **Schwangerschaft bzw. Geburt** Ihres Kindes? Zur Geburt: Normalgeburt? Wehentropf? Kaiserschnitt? Fruchtblase zu früh geplatzt? Nabelschnur um den Hals? Zangengeburt o.ä.? (Bitte nur Stichworte, ich frage gerne noch einmal nach)

9) Hier finden Sie **Raum für Anmerkungen, die Ihnen wichtig sind**

Ort und Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten