

# KINDERARZTPRAXIS SCHWARZENBEK

## Anamnesebogen

Name: ..... geb.: .....  
PLZ, Ort: ..... Straße: .....  
Name der Mutter ..... Geburtsdatum der Mutter: .....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
um eine reibungslose Kommunikation gewährleisten zu können, möchten wir Sie bitten, die obigen Daten,  
welche wir der Krankenversicherungskarte entnommen haben, auf Richtigkeit zu überprüfen und uns  
Ihre Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen.

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Gibt es Auffälligkeiten in der Familienanamnese oder Geburt?

\_\_\_\_\_

Größe der Mutter: ..... Größe des Vaters: .....

Hat Ihr Kind Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeiten  
damit wir die Angaben zu Ihrer Sicherheit mit unseren Daten abgleichen können.

Ja  Nein wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein, deren Einnahme uns noch nicht bekannt ist?

Ja  Nein wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Oder besuchen Sie uns heute das erste Mal? Dann haben Sie vielleicht einen  
Medikamentenplan von Ihrem bisherigen Kinderarzt dabei?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_

Wer war Ihr bisheriger Kinderarzt oder Hausarzt? (für Befundanforderungen)

\_\_\_\_\_

War Ihr Kind bereits im Krankenhaus und sind darüber Krankenhausberichte vorhanden? Sind OP's erfolgt?  
Wurden regelmäßige Injektionen oder Blutentnahmen durchgeführt?

\_\_\_\_\_

Gibt es andere wichtige Angaben, welche wir in Ihrem Interesse in unserem Datensystem speichern sollten?  
Zum Beispiel: Chronische Infektionen oder ist schon einmal ein Organ transplantiert worden?  
Gibt es in der Familienanamnese eine Blutzuckererkrankung oder ist eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Schwarzenbek, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_

Um telefonische Terminanmeldung wird gebeten!