

Gemeinschaftspraxis Dipl. med. B. Werth Dr. med. U. Klug Pasewalk	Formular	Version 01	F-56
	Erstanamnesebogen - Kinder	Stand: 03.12.2013	Seite 1/3

Liebe Eltern und Kind,
 herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Sie bitten, den folgenden Fragebogen möglichst genau zu beantworten um eine optimale Betreuung zu gewährleisten.
 Die Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Für Ihre Mitarbeit vielen Dank im Voraus!

● Persönliche Daten

Name, Vorname	Sorgerecht
Geburtsdatum, Geburtsort	Name, Vorname Geschwister mit Geburtsdatum - Besonderheiten
Staatsangehörigkeit	Name, Vorname Geschwister mit Geburtsdatum - Besonderheiten
Straße, Hausnummer	Name, Vorname Geschwister mit Geburtsdatum - Besonderheiten
PLZ, Wohnort	Name, Vorname Geschwister mit Geburtsdatum - Besonderheiten
Festnetznummer	Freizeitaktivitäten (Sport) wie oft pro Woche
Handynummer	Größe, Gewicht
Name, Vorname der Mutter - Geburtsdatum	
Name, Vorname des Vaters - Geburtsdatum	

	ja	nein	unsicher	genauere Angaben
Medikamenteneinnahme (auch: Abführmittel, Schmerzmittel, Cremes, Sprays, etc.) <i>(Medikamentenplan?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auslandsaufenthalte in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vorsorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Kindervorsorge (U1-U9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Kindervorsorge (U10 / U11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impfungen <i>(Impfweis?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel (z.B. Schuheinlagen, Rollstuhl, Brille, Hörgerät, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
mitbehandelnde Ärzte (Orthopäde, Augenarzt, Lungenarzt, Chirurg, Herzspezialist, Zahnarzt etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
laufende / frühere Behandlungen (Logopäde, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Heilpraktiker, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geburtsanamnese (wenn sie das Vorsorgeheft dabei haben Entnehmen wir die Daten auch gerne aus diesem)				
- Schwangerschaftskomplikationen (Diabetes, Bluthochdruck, frühe Wehen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Geburtskomplikationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Schwangerschaftswoche:	Geburtsweg spontan <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Geburtsgewicht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wie lange: wurde das Kind gestillt			
- Komplikationen nach der Geburt (Gelbsucht, Atemprobleme, Harnstauung, Spreizhose, auffällige Hörprüfung, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entwicklung (bitte geben sie in etwa den Monat bzw. das Jahr an)	Krabbeln: freies Sitzen: freies Laufen: erste Worte:			
Betreuung des Kindes (Eltern, Großeltern, Kindergarten, Krippe, Tagesmutter etc.)				
Schule (welche Klasse, Wiederholung einer Klassenstufe, etc.)				

Gemeinschaftspraxis Dipl. med. Birgit Werth Dr. med. U. Klug Pasewalk	Formular		Version 01	F-3
	Erstanamnesebogen		Stand: 23.05.2013	Seite 2/3

Name, Vorname :

geb. am:

Datum:

• **jetzige Beschwerden, Gesundheitsstörungen**

• **Krankenvorgeschichte**

	ja	nein	unsicher	Zutreffendes bitte unterstreichen
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen, Unverträglichkeitsreaktionen auf Nahrungsmittel, Medikamente, Betäubungs-/Schmerz-/Desinfektionsmittel, Jod, Pflaster, Latex (Gummihandschuhe)
Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhythmusstörungen, Herzfehler, Herzmuskelentzündung, hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck, Atemnot bei Anstrengung
Gefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
Blut/Gerinnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufiges Nasen-/Zahnfleischbluten, Neigung zu blauen Flecken, Nachbluten nach Operationen/Verletzungen
Atemwege/Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	länger dauernde Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung
Leber/Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelbsucht
Nieren/Blase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niere-/Nierenbecken-/ Blasenentzündung, nächtliches Wasserlassen, einnässen tags/nachts
Magen/Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verdauungsstörungen (Verstopfung, Durchfall), einkoten, Bauchschmerzen
Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja was:
Regelblutung (Mädchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit wann: Beschwerden (Schmerzen, etc.):
Stoffwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Überfunktion, Unterfunktion
Skelettsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenkerkrankungen, Rückenbeschwerden, Rheuma, Fußfehlstellungen
Muskel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelschwäche, Muskelerkrankungen
Schlaf/Nerven/Gemüt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafprobleme, Krampfanfälle (Epilepsie), Lähmungen, chronische Schmerzen, Kopfschmerzen, Stimmungsschwankungen, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fehlsichtigkeit (Brille?)
Ohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerhörigkeit, Hörgerät
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurodermitis
Krebs, Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weitere				

Gemeinschaftspraxis Dipl. med. Birgit Werth Dr. med. U. Klug Pasewalk	Formular		Version 01	F-3
	Erstanamnesebogen		Stand: 23.05.2013	Seite 3/3

Name, Vorname :

geb. am:

Datum:

• weitere Informationen

	ja	nein	unsicher	genauere Angaben oder Zutreffendes unterstreichen
Operationen (woran, wann, wo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unfälle (wann)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krankenhausaufenthalte (warum, wann, wo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Röntgenuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	letzte Untersuchung am:
Hat Ihr Kind / hast du schon einmal eines der folgenden Dinge probiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkohol <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/>

	ja	nein	unsicher	
Besonderheiten in der Familiensituation				
- allein erziehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Umzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Trennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Tod eines Familienmitgliedes/Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Arbeitsplatz eines Elternteils liegt weiter entfernt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- neuer Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Probleme im Alltag (Schule, Kindergarten)				
Bestehen noch andere Sorgen/Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

• **Familiäre Erkrankungen** (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen!)

Erkrankung	Vater	Mutter	Großeltern	Geschwister	Kinder
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallen-, Nieren-, Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtkrankheiten (Medikamente, Alkohol, Drogen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere					

Unterschrift: