

Datum:

Patientenfragebogen – Eigenanamnese

Liebe Eltern,
um die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes optimal durchführen zu können, ist es uns wichtig, die Krankengeschichte Ihres Kindes zu kennen. Wir bitten Sie daher, die nachfolgenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten.

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Bisheriger Kinderarzt: _____

Elternteil I

Elternteil II

Name, Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Beruf

Haben Sie für Ihr Kind das gemeinsame bzw. geteiltes Sorgerecht? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie für Ihr Kind das alleinige Sorgerecht? ☐ nein ☐ ja, ☐ Elternteil I ☐ Elternteil II

Familienanamnese

Wird im Haushalt des Kindes geraucht? ☐ nein ☐ ja

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Erkrankungen in der leiblichen Familie Ihres Kindes an.

	Ihr Kind	Mutter	Vater	Geschwister
Asthma	☐	☐	☐	☐
Allergie / Heuschnupfen	☐	☐	☐	☐
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	☐	☐	☐	☐
Neurodermitis	☐	☐	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	☐	☐
Nierenerkrankung	☐	☐	☐	☐
Herzfehler	☐	☐	☐	☐
Diabetes Typ 1	☐	☐	☐	☐
Diabetes Typ 2	☐	☐	☐	☐
Genetische Erkrankungen	☐	☐	☐	☐
Schwerhörigkeit	☐	☐	☐	☐
Augenerkrankung (Schielen, Brille)	☐	☐	☐	☐
Krampfleiden (Epilepsie)	☐	☐	☐	☐
Psychische Erkrankungen	☐	☐	☐	☐
Gerinnungsstörungen	☐	☐	☐	☐
Hüftdysplasien	☐	☐	☐	☐
Sonstige chronische Erkrankungen	☐	☐	☐	☐

Sonstige familiäre Erkrankungen:

Eigenanamnese Patient:in

Hat Ihr Kind Ihnen bekannte (Medikamenten-)Allergien? ☐ nein ☐ ja, welche: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ nein ☐ ja, welche: _____

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Heilmittel (Ergo-, Logo-, Physiotherapie) verschrieben? ☐ nein ☐ ja, welche: _____

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Hilfsmittel (med. Gegenstände zur Unterstützung der Behandlung) verschrieben? ☐ nein ☐ ja, welche: _____

Wurde Ihr Kind bereits stationär behandelt? ☐ nein ☐ ja, wo und weshalb: _____

Wurde Ihr Kind bereits operiert? ☐ nein ☐ ja, woran und wann: _____

Befindet sich Ihr Kind in dauerhafter spezialisierter medizinischer Betreuung (z.B. SPZ, IFF, SST)?

☐ nein ☐ ja, welche: _____

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis? ☐ nein ☐ ja, GdB: _____ % und folgende

Merkzeichen: ☐ G ☐ aG ☐ H ☐ Bl ☐ Gl ☐ RF ☐ TBl ☐ B

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad? ☐ nein ☐ ja, _____ (PG 1-5)

Ist Ihr Kind vollständig geimpft? ☐ nein ☐ ja ☐ unsicher

Weshalb stellen Sie sich heute in der Praxis vor? _____

Ergänzung zum Fragebogen / Besonderheiten / weitere Erkrankungen:

Bitte bringen Sie den Impfpass, das gelbe Vorsorgeheft und weitere Vorbefunde Ihres Kindes mit.

Unterschrift Patient:in*

*Bei minderjährigen Patient:innen: Unterzeichnet nur ein Sorgeberechtigter, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Sorgeberechtigten handelt. Einsichtsfähige Patient:innen sollten mitunterzeichnen.