



**Anamnese-Bogen Kind**

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Nr: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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

**Eltern**

**MUTTER**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_ Praxis-Newsletter erwünscht:  ja  nein

**VATER**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_ Praxis-Newsletter erwünscht:  ja  nein



**Aktuelle Beschwerden**

Welche / Was: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Seit wann: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Intensität:  schwach  mittel  stark \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen**

Hals / Nase / Ohren:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Augen:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Schilddrüse:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Diabetes:  nein  ja seit wann? / Typ: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Schlaganfall:  nein  ja wann? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Krampfleiden:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Herzerkrankungen:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Thrombose:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durchblutungsstörungen:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_

(Beine oder Arme) \_\_\_\_\_

Magen / Darm:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leber/Gallenblase:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bauchspeicheldrüse:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bewegungsapparat:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Psyche:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haut / Haare / Fingernägel:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Niere / Blase:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geschlechtsorgane:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstige:  nein  ja Beschreibung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### Familiäre Erkrankungen / Vor-Operationen

Welche / Was: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_

### Krankenhausaufenthalte

Wann? \_\_\_\_\_ Weshalb? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ Weshalb? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ Weshalb? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ Weshalb? \_\_\_\_\_

### Allergien

Medikamente:  nein  ja

Name Medikament: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_ mg  morgens  mittags  abends

Name Medikament: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_ mg  morgens  mittags  abends

Name Medikament: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_ mg  morgens  mittags  abends



Impfpass  
vorhanden?     nein     ja

Schlafverhalten:     gut     schlecht / unruhig

Beschreibung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Essverhalten:     gut     schlecht / unregelmäßig

Beschreibung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gerne würden wir noch von Ihnen erfahren, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind:**

Empfehlung     Internet     Zufällig     Sonstige: \_\_\_\_\_

Datum / Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_