



Anamnesebogen

Patienteninformationen:

Name des Kindes

Geburtsdatum

Geschlecht ☐ Männlich ☐ Weiblich

Adresse

Telefonnummer

E-Mail

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten

Mutter

Vater

ggf. Vormund

Sorgerecht ☐ Alleinige Sorge hat
☐ Gemeinsame Sorge

Allgemeine Informationen:

Hat Ihr Kind folgende Erkrankungen?

☐ Asthma

☐ Allergien/Unverträglichkeiten
Welche?

☐ Hauterkrankungen

☐ Infektionen (z.B. Masern, Mumps, Röteln)

☐ Andere

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche (mit Angabe Dosierung)?

Gab es in der Vergangenheit Krankenhausaufenthalte oder Operationen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte geben Sie an, wann ein Krankenhausaufenthalt erforderlich wurde, wann welche Operation durchgeführt wurde und welcher Grund hierfür bestand.



Eigenanamnese

Geburtsverlauf

Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte kurz erläutern _____

Entwicklung

Wann hat Ihr Kind das Laufen gelernt? _____

Wann hat Ihr Kind das Sprechen gelernt? _____

Gab es Auffälligkeiten in der Entwicklung der

- Sprache ☐ Ja ☐ Nein
Erhielt/Erhält Ihr Kind Logopädie? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, nennen Sie uns bitte den Behandlungszeitraum & den/die Therapeuten/-in.

• Motorik ☐ Ja ☐ Nein
Erhielt/Erhält Ihr Kind Ergotherapie? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, nennen Sie uns bitte den Behandlungszeitraum & den/die Therapeuten/-in.

• Allgemeine Entwicklungsstörung ☐ Ja ☐ Nein
Erhielt/Erhält Ihr Kind Frühförderung oder wird es durch das SPZ ☐ Ja ☐ Nein
mitbetreut?
Wenn ja, nennen Sie uns bitte den Behandlungszeitraum & den/die Therapeuten/-in.

• Sozialverhalten ☐ Ja ☐ Nein
Erhielt/Erhält Ihr Kind psychologische Betreuung? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, nennen Sie uns bitte den Behandlungszeitraum & den/die Therapeuten/-in.

Kindertagesstätten/Schule

Besucht Ihr Kind eine Kinderkrippe/-garten bzw. eine Tagesmutter oder eine Schule? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Impfungen

Ist Ihr Kind gemäß dem aktuellen Impfkalender geimpft?

☐ Ja ☐ Nein

Bitte fehlende Impfungen angeben.



Familienanamnese:

Gibt es in der Familie chronische Erkrankungen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, ergänzen Sie bitte bei den nachfolgenden Ausführungen, wer betroffen ist?

☐ atopische Erkrankungen (Allergien, Asthma, Neurodermitis/atopische Dermatitis)

☐ neurologische Erkrankungen (Epilepsie, neuromuskuläre Störungen etc.)

☐ Herz-/Kreislaufkrankungen

☐ Blutungs-/Gerinnungsstörungen

☐ Erkrankungen der Nieren/ableitenden Harnwege

☐ Erkrankungen des Verdauungstraktes

☐ endokrinologische Erkrankungen

☐ Autoimmunerkrankungen (Rheuma, Diabetes mellitus Typ I etc.)

☐ onkologische Erkrankungen

☐ angeborene Erkrankungen oder Fehlbildungen

☐ Sonstiges

Gibt es noch weitere Informationen, die für die Behandlung wichtig sein könnten?

Datum

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten/ggf. Vormund

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Ihre Angaben helfen uns, die bestmögliche Versorgung für Ihr Kind zu gewährleisten.