

ANAMNESE

ANMELDUNG

			Datum
Kind:			
	Name	Vorname	geb. am
Mutter:			
	Name	Vorname	geb. am
	Beruf		
Vater:			
	Name	Vorname	geb. am
	Beruf		
Telefon:			
Mutter/Vater	Mobilnummer und eine Telefonnummer unter der Sie tagsüber erreichbar sind.		
			e-Mail
Wohnort des Versicherten:			
	PLZ/Ort	Straße	
Rechnungsempfänger:			
	PLZ/Ort	Straße	
Das Kind ist mitversichert bei			
	☐ Mutter	☐ Vater	
Arbeitgeber des Versicherten:			
	Name	PLZ/Ort	Straße
Krankenkasse:			
	☐ privat	☐ gesetzlich	
Name der Kasse:			
Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden? Empfohlen/Internet?			
Name und Adresse Ihres Kinderarztes			
	Name	PLZ/Ort	Straße

ERHEBUNGSBOGEN ÜBER VORHANDENE KRANKHEITEN

HERZ / KREISLAUF

angeborener Herzfehler	☐ JA	☐ NEIN
Herzgeräusche	☐ JA	☐ NEIN
benötigt ihr Kind eine Endokarditisprophylaxe	☐ JA	☐ NEIN
hat ihr Kind einen Herzpass	☐ JA	☐ NEIN
Sonstiges:		

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐ JA	☐ NEIN
Sonstiges:		

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epileptiforme Anfälle	☐ JA	☐ NEIN
Krämpfe	☐ JA	☐ NEIN
Sonstiges:		

BLUTERKRANKUNGEN

Blutungsneigung / Blutgerinnungsstörung	☐ JA	☐ NEIN
Blutarmut (Anämie)	☐ JA	☐ NEIN
Sonstiges:		

ALLERGIEN / MEDIKAMENTENUNVERTRÄGLICHKEIT / WELCHE?

besitzt ihr Kind einen Allergiepaß?	☐ JA	☐ NEIN
Asthma	☐ JA	☐ NEIN
Besteht eine Medikamenten Unverträglichkeit?	☐ JA	☐ NEIN

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Leberentzündung (Hepatitis A, B, C)
Tuberkulose
Immunschwäche HIV positiv / AIDS
Chronische Erkrankung der Atemwege

☐ JA	☐ NEIN
☐ JA	☐ NEIN
☐ JA	☐ NEIN
☐ JA	☐ NEIN

Sonstiges: _____

KRANKENHAUSAUFENTHALTE

wann: _____ Krankenkaus: _____ Grund: _____

IST IHR KIND ZUR ZEIT IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG?

seit wann: _____

warum: _____

behandelnder Arzt: _____

Bitte legen Sie uns die aktuellen Befunde vor.

NIMMT IHR KIND MEDIKAMENTE EIN?

☐ JA ☐ NEIN

Welche: _____

IST IHR KIND NACH DEN U UNTERSUCHUNGEN ALTERSGERECHT ENTWICKELT?

☐ JA ☐ NEIN

Was wurde festgestellt? _____

GIBT ES IN IHRER FAMILIE MUSKELERKRANKUNGEN?

☐ JA ☐ NEIN

IST IHR KIND EIN FRÜHCHEN?

☐ JA ☐ NEIN

BESTEHEN BEI IHREM KIND GENETISCHE ANGEBORENE BESONDERHEITEN?

☐ JA ☐ NEIN

Welche: _____

SONSTIGE ERKRANKUNGEN?

Welche: _____

Wir danken für Ihre Angaben!

Falls nur ein Elternteil unterschreibt: Ich versichere hiermit, dass ich das alleinige Sorgerecht habe bzw. im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handele.

Ich habe den Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Datum

Unterschrift

Hinweise zur Organisation (§ 615 BGB):

Wir sind eine Bestellpraxis – das heißt, dass wir die Zeit für Ihren Termin extra für Sie reservieren. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen ansonsten die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.