Anamnesebogen zur Erstaufnahme

Bitte bringen sie zur Erstvorstellung das **gelbe Untersuchungsheft** und den **Impfpass** sowie ggf. Befundberichte zu Vorerkrankungen/Krankenhausaufenthalten mit.

1. Allgemeine Angaben

Name und Vorname des Kindes _____Geburtsdatum: _____

Das Kind lebt bei:

☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____

Gesetzlicher Vertreter:

☐ Beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____

2. Familienanamnese

	Name	Geburtsdatum	Beruf
Mutter			
Vater			

Die Eltern sind: ☐ verheiratet ☐ zusammenlebend ☐ getrenntlebend ☐ geschieden

Geschwister (Name, Alter, ggf. Erkrankungen)

Name	Alter	Erkrankung

Erkrankungen in der weiteren Familie (z. B. Allergien, Diabetes, Epilepsie, etc.):

Verwandtschaftsgrad	Alter	Erkrankung

3. Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenenzeit

Schwangerschaft:

☐ verlief unauffällig

☐ Auffälligkeiten/Komplikationen: _____

☐ Medikamente/Nikotin/Alkohol/Drogen in der Schwangerschaft: _____

Geburt:

☐ zeitgerecht ☐ zu früh (SSW: _____)

☐ Komplikationen, welche: _____

☐ Kind musste in die Kinderklinik verlegt werden

Wenn ja, in welche und warum: _____

Neugeborenenzeit:

Gabe es Komplikationen in den ersten Lebenswochen (z.B. Infektionen, Krampfanfälle, Gedeihstörungen)?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche: _____

4. Entwicklung im Vorschul- und Schulalter

☐ Normale Entwicklung

Oder:

Auffälligkeiten in folgenden Bereichen:

☐ Sprache/Hörvermögen ☐ Sozialverhalten ☐ Motorik ☐ andere: _____

☐ Physiotherapie ☐ Logopädie ☐ Frühförderung ☐ Ergotherapie

☐ Hilfsmittel? Wenn ja, welche: _____

Besuchte Einrichtungen

Krippe/Kindergarten/Tagesmutter: ab _____ Jahre Vorschule: ab _____ Jahre,

Einschulung: mit _____ Jahren aktuelle Schulform / Klasse_____

Probleme in der Schule:

☐ Keine

☐ Mathematik ☐ Lesen/Rechtschreibung ☐ Sozialverhalten

☐ Aufmerksamkeit (ADS/ADHS) ☐ Förderschule/Schulbegleitung/Förderunterricht

5. Krankheiten, Krankenhausaufenthalte, Therapien

☐ Bisher keine ernsthaften Erkrankungen

☐ Stationäre Krankenhausaufenthalte wegen: _____

☐ Operationen: Welche: _____

☐ Psychotherapie oder kinderpsychiatrische Behandlung wegen: _____

☐ Regelmäßige Medikamenteneinnahme, welche: _____

☐ Allergien oder Unverträglichkeiten, welche: _____

6. Impfstatus

Bitte bringen Sie zur Vorstellung den Impfausweis mit!

7. Weitere Angaben

Bisher behandelnder Kinderarzt: _____

Ausgefüllt von:

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Andere: _____

Telefonnummern: 1. _____ 2._____

email: _____

Wünschen Sie eine Terminerinnerung über **Doctolib** per SMS und email?

☐ ja ☐ nein

Datum und Unterschrift _____

Vielen Dank für das Ausfüllen!