

Anamnesebogen für Kinder

Patient (Name, Vorname des Kindes) geb. _____	versichert über _____
Name des 2. Erziehungsberechtigten geb. _____	Versicherter (Name, Vorname) geb. _____
Krankenkasse (wenn Privat Standardtarif Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/>)	Anschrift (Straße / Nr.) PLZ, Wohnort _____
Bei wem dürfen wir uns für Ihr Interesse an unserer Praxis bedanken?	Telefonnummer (Festnetz und Mobil) _____
	Beruf & Arbeitgeber _____

Ihre Daten unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten beim Ausfüllen Fragen entstehen, wenden Sie sich vertrauensvoll an unsere Mitarbeiter.

Leidet Ihr Kind an folgenden Erkrankungen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja / Nein		Ja / Nein
Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen? (Herzfehler, Herzgeräusche)	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Lungenerkrankung (z.B. Asthma)	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Probleme während der Schwangerschaft/ Geburt	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Sind die Kinderimpfungen dem Alter entsprechend vollständig?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Bluterkrankungen (z.B. Anämie)	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Betreuender Kinderarzt _____	
Infektionserkrankung (z.B. HIV, TBC)	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Nierenerkrankung (z.B. Nierensteine)	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche: _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Putzen Sie nach?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie, Krampfleiden)	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Lutscht Ihr Kind am Schnuller, Daumen?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Lernschwäche (z.B. ADHS)	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Grund Ihres Besuches _____	
Sprachprobleme	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	_____	
Hörprobleme, Taubheit, Sehprobleme, Blindheit	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Möchten Sie in unseren Erinnerungsservice aufgenommen werden?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Genetische Behinderung	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>		

Bitte beachten Sie, dass es nach Injektionen und örtlichen Betäubungen zu Verletzungen der Nerven und zu Hämatomen kommen kann. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre Angaben und Ihr Wissen über zuvor aufgeführte Risiken. **Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten oder rechtzeitig, bzw. 2 Tage vorher abzusagen.** Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden (§615 BGB §287 ZPO). Da akute Krankheitsfälle nicht planbar sind, bitten wir um Verständnis, dass es auch mit Termin zu Wartezeiten kommen kann.

Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten _____ 

Unterschreibt ein Elternteil/ Erziehungsberechtigter allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.