

## Anamnesebogen für Kinder

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

Ihre Daten unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden datenschutzkonform behandelt. 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 _____ Putzen Sie nach?	
Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche: _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Lutscht Ihr Kind am Schnuller, Daumen?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie, Krampfleiden)	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Grund Ihres Besuches _____	
Lernschwäche (z.B. ADHS)	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>		
Sprachprobleme	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Möchten Sie in unseren Erinnerungsservice (Vorsorge/Termin) per E-Mail/SMS aufgenommen werden?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Hörprobleme, Taubheit, Sehprobleme, Blindheit	<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. **Durch Ihre Unterschrift willigen Sie ein, dass Ihre Daten bzw. die Ihres Kindes für unseren Erinnerungsservice genutzt werden dürfen. Die Einwilligung kann jederzeit formlos widerrufen werden.**

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.