

Praxis für Kinderheilkunde
Dr. med. Juliane Kilanowski
Dr. med. Susann Schindler

Bergfelder Straße 1
16547 Birkenwerder
Tel. 03303/403465
Fax 03303/505152
www.kinderarztpraxis-birkenwerder.de



Herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis

Bitte füllen Sie zur Vereinfachung der Aufnahme unseren Anamnesebogen aus.

Falls Sie das gelbe Vorsorgeheft und/oder den Impfausweis heute nicht vorlegen konnten, bringen Sie bitte beides bei Ihrem nächsten Besuch mit.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift / Telefonnummer / Krankenversicherung zeitnah mit.

Name, Vorname des Kindes:		
Geburtsdatum:		
Adresse:		
	Sorgeberechtigter 1	Sorgeberechtigter 2
	Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige Person:	Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige Person:
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Herkunftsland/ Muttersprache:		
Anschrift:		
Telefonnummer:		
Das Kind lebt bei:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Kinderarztwechsel: Wer war der bisherige Kinderarzt?		

Schwangerschaftsdauer (in Wochen):		
Anzahl der Geschwister:		Geburtsjahr/e:

Geht Ihr Kind in den Kindergarten/ die Schule? Wenn ja in welche? (Schulform) Seit wann?				
Ist Ihr Kind Brillenträger:		Wenn ja, seit wann?		
Bekannte Erkrankungen der Eltern/ Familienmitglieder (Zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Allergien/Unverträglichkeiten <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Hauterkrankung <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Genetische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Hüfterkrankungen <input type="checkbox"/> Bluterkrankung <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung <input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Darmerkrankung <input type="checkbox"/> verzögerte Sprachentwicklung <input type="checkbox"/> Schwerbehinderung			
Erkrankungen / Entwicklungsbesonderheiten / Operationen des Kindes:				
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?		Wenn ja, welche?		
Bekommt Ihr Kind:	Logopädie <input type="checkbox"/>	Ergotherapie <input type="checkbox"/>	Physiotherapie <input type="checkbox"/>	Frühförderung <input type="checkbox"/>
Befand oder befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Behandlung? Wenn ja: Wo und weshalb? (z.B. Kardiologie, Pulmologie, Allergologie, Psychotherapie, etc.)				

Datum: _____ Ausgefüllt von: _____

Unterschrift: _____