

## 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:			
	<b>Sorgeberechtigter 1</b>	<b>Sorgeberechtigter 2</b>	
	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"/>	
<b>Bei Kinderarztwechsel:</b> 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)	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Allergien/Unverträglichkeiten  <input type="checkbox"/> Hauterkrankung  <input type="checkbox"/> Genetische Erkrankungen  <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung  <input type="checkbox"/> Bluterkrankung  <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose  <input type="checkbox"/> Diabetes  <input type="checkbox"/> Krebserkrankung  <input type="checkbox"/> verzögerte Sprachentwicklung         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung  <input type="checkbox"/> Rheuma  <input type="checkbox"/> Bluthochdruck  <input type="checkbox"/> Hüfterkrankungen  <input type="checkbox"/> Epilepsie  <input type="checkbox"/> Übergewicht  <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung  <input type="checkbox"/> Darmerkrankung  <input type="checkbox"/> Schwerbehinderung         </div> </div>			
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:** \_\_\_\_\_