

Gemeinschaftspraxis Scheden

Bahnhofstraße 6
37127 Scheden

Tel.: 05546 / 97090
Fax: 05546 / 970950

e-post@praxis-scheden.de
www.praxis-scheden.de/home



MVZ Dransfeld

Barteröderstraße 6
37127 Dransfeld

Tel.: 05502 / 9999935
Fax: 05502 / 9991116

MVZ@praxis-scheden.de
www.praxis-scheden.de/dransfeld

Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____
Geb.-Datum: _____

Liebe Eltern,

wir bitten Sie, den ausgefüllten Fragebogen vor dem ersten Behandlungstermin Ihres Kindes auszufüllen. Bringen Sie bitte auch alle vorhandenen Unterlagen (Untersuchungsheft, Impfpass, Arztbriefe, Befunde wie Bildgebungen, Labor etc.) mit. Dies ist besonders wichtig, wenn Sie in unsere kinderärztliche Betreuung wechseln, da wir uns so ein möglichst umfassendes Bild über die Gesundheit Ihres Kindes verschaffen können.

Ihre Gemeinschaftspraxis Scheden/Dransfeld

BISHERIGE ANAMNESE

1. Angaben zur Schwangerschaft

Verlauf der Schwangerschaft: unkompliziert relevante Probleme: _____

Impfungen in der Schwangerschaft: Influenza/Grippe Pertussis/Keuchhhusten

2. Angaben zur Geburt

War die Geburt termingerecht? Ja Nein _____ SSW

Geburtsweg: spontan Saugglocke Zange Kaiserschnitt Notkaiserschnitt

Geburtsverlauf: unkompliziert relevante Probleme: _____

Hatte das Kind in den ersten Lebenswochen Trinkschwierigkeiten, häufiges Erbrechen, Krampfanfälle oder Gelbsucht usw.?

3. Angaben zur Ernährung

Wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein Wie lange? _____

Hat Ihr Kind in den ersten 1-2 Jahren Vitamin D erhalten? Ja, regelmäßig Nein nur im Winter

Ab wann haben Sie Beikost eingeführt? _____ Lebensmonat inkl. Fleisch vegetarisch vegan

Isst Ihr Kind ausgewogen? Ja Nein inkl. Fleisch vegetarisch vegan

Welche Nahrungsmittel isst Ihr Kind NICHT? Gemüse Obst Fleisch Fisch

Gibt es bei Ihrem Kind Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Welche? _____

Wie äußern sich die Nahrungsmittelunverträglichkeiten? _____



4. Angaben zur Entwicklung

Sind Sie mit der bisherigen Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? Ja Nein

Warum nicht? _____

VORERKRANKUNGEN

Hat/Hatte Ihr Kind...

... chronische Krankheiten? Welche und wann? _____

... Krampfanfälle? _____

... Allergien? _____

... Krankenhausaufenthalte? Wo, wann und warum? _____

... Operationen? Welche und wann? _____

MEDIKAMENTE

Erhält / erhielt Ihr Kind Medikamente? Ja Nein Welche? _____

IMPFSTATUS

Wurde Ihr Kind vollständig gemäß den Empfehlungen der STIKO geimpft? Ja Nein weiß nicht

Falls nein, folgende Impfungen wurden NICHT durchgeführt: _____

Folgende Impfungen wurden ZUSÄTZLICH durchgeführt: FSME Men B Men ACWY

FAMILIENANAMNESE

Gibt es Erkrankungen bei Eltern/Geschwistern? Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Leben Vater und Mutter des Kindes zusammen? Ja Nein

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie alt sind die Geschwister? _____

AKTUELL

Bestehen aktuell Gesundheitsprobleme? Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Besucht das Kind... den Kindergarten/KiTa die Schule Nein, es wird zu Hause betreut/beschult.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihre Praxis Scheden/Dransfeld

* extra Fragen für geflüchtete Familien auf Seite 3 *



GEFLÜCHTETE FAMILIEN

Woher stammt Ihre Familie? _____

Wie lange und wann war Ihre Flucht? _____

In welchen Ländern haben Sie sich während der Flucht aufgehalten? Wie sind Sie dort untergekommen?

Hat Ihr Kind schlimme Erfahrungen vor oder während der Flucht gemacht?

Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation? Gemeinschaftsunterkunft eigene Wohnung

bei Familienangehörigen/Freunden andere Unterkunft: _____

Wer betreut Ihr Kind in Deutschland? Mutter Vater beide Eltern Großeltern andere Familie

Welchen Beruf haben die Eltern im Heimatland ausgeübt? _____