

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Eltern, liebe Patienten,  
 Sie sind neu in unserer Praxis. Deshalb gleich zu Beginn ein paar neugierige Fragen, um uns besser kennen zu lernen.

### 1. Daten der Familie:

Vor- u. Zuname des **Kindes**: ..... Geb.-Datum: .....

Vor- u. Zuname der **Mutter**: ..... Geb.-Datum: ..... Beruf: .....

Vor- u. Zuname des **Vaters**: ..... Geb.-Datum: ..... Beruf: .....

**Geschwister:** ..... Geb.-Datum: .....

..... Geb.-Datum: .....

..... Geb.-Datum: .....

gemeinsame Adresse: .....

Tel. *Mutter* privat: ..... dienstlich: ..... e-mail: .....

Tel. *Vater* privat: ..... dienstlich: ..... e-mail: .....

### 2. Vorgeschichte Ihres Kindes/ Besonderheiten:

Schwangerschaft: .....

Geburt: .....

Kinderkrankheiten: .....

Allergien: .....

KH-Aufenthalte(wann?, weswegen?): .....

.....

.....

chronische Erkrankungen/ Dauermedikation: .....

.....

.....

Name der Hebamme: .....

### 3. Familienanamnese:

Leiden Sie oder andere Mitglieder der Familie an folgenden Krankheiten? Schilddrüsenerkrankungen, Herz-Kreislaferkrankungen (Bluthochdruck, Kreislaufschwäche, Herzinfarkt, Schlaganfall) Augen- und Ohrenkrankheiten, Wirbelsäulenerkrankungen, Zuckerkrankheit, Anfallsleiden, Nierenerkrankungen, Geschwulsterkrankungen, Hauterkrankungen, Lungenerkrankungen, Rheuma, Allergien.

Erkrankungen in der Familie der Mutter	Erkrankungen in der Familie des Vaters
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**Bitte wenden!**

Einverständniserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten und zur Informationsweitergabe

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern unter Beachtung der aktuellen datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert, geändert und gelöscht werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben. Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelung an Dritte, z.B. an Kostenträger und andere Ärzte übermittelt werden. Über meine Rechte wurde ich aufgeklärt.

Unterschrift: .....

Folgende Verwandte sind berechtigt mit unserem Kind den Kinderarzt aufzusuchen und Auskunft zu erhalten:

Name: .....

Erfassungsdatum:

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung,  
Ihr Praxisteam