

Datum: 08.08.2023



**Patientenfragebogen – Eigenanamnese**

Liebe Eltern,  
um die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes optimal durchführen zu können, ist es uns wichtig, die Krankengeschichte Ihres Kindes zu kennen. Wir bitten Sie daher, die nachfolgenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Bisheriger Kinderarzt: \_\_\_\_\_

	Elternteil I	Elternteil II
Name, Vorname	_____	_____
Telefonnummer	_____	_____
E-Mail-Adresse	_____	_____

Wurde Ihr Kind bereits stationär behandelt?  nein  ja, wo und weshalb: \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind bereits operiert?  nein  ja, woran und wann: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind vollständig geimpft?  nein  ja  unsicher

Wird im Haushalt des Kindes geraucht?  nein  ja

**Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Erkrankungen in der leiblichen Familie Ihres Kindes an.**

	Ihr Kind	Mutter	Vater	Geschwister
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie / Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Typ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Typ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genetische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankung (Schielen, Brille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzung zum Fragebogen / Besonderheiten / weitere Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie den Impfpass, das gelbe Vorsorgeheft und weitere Vorbefunde Ihres Kindes mit.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Patientin\*

\*Bei minderjährigen Patienten: Unterzeichnet nur ein Sorgeberechtigter, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Sorgeberechtigten handelt. Einsichtsfähige Patienten sollten mitunterzeichnen.