

Anamnesebogen

Allgemeine Angaben

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: m w divers

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Name der Eltern / Sorgeberechtigten: _____

Beruf der Eltern: _____

Versicherung: gesetzlich privat

Geburtsdaten

Geburtsort: _____

Geburtsgewicht: _____ g

Geburtslänge: _____ cm

Geburtsstermin: pünktlich Frühgeburt übertragen

Geburtsverlauf:

unauffällig

Kaiserschnitt

Saugglocke / Zange

andere Besonderheiten: _____

Apgar-Werte (falls bekannt): _____ / _____ / _____

Neugeborenenengelbsucht: ja nein

Beatmung / Intensivstation nötig: ja nein

Ernährung

In den ersten Lebensmonaten:

Muttermilch Flaschennahrung beides

Derzeitige Ernährung:

Brei Familienkost vegetarisch/vegan

Besonderheiten / Unverträglichkeiten: _____

Gesundheitszustand / Krankheiten

Bestehen aktuell oder bestanden folgende Erkrankungen?

Bitte ankreuzen:

Erkrankung / Symptom	Ja	Nein	Nähere Angaben
Allergien (z. B. Pollen, Tierhaare, Nahrungsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma / Atemprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzfehler / Herzgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krampfanfälle / Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hauterkrankungen (z. B. Neurodermitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Harnwegsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entwicklungsverzögerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hör- oder Sehprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Häufige Infekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Impfstatus

Impfpass liegt vor

Impfungen vollständig laut Eltern

Impfungen unvollständig / unklar

Besondere Impfreaktionen oder -komplikationen: _____

Familiäre Vorerkrankungen

Gibt es in der Familie folgende Erkrankungen?

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Asthma / Allergien
- Diabetes
- Epilepsie
- Psychische Erkrankungen
- Erbkrankheiten
- Sonstige: _____

Entwicklung und Verhalten

Motorik (z. B. Laufen, Greifen): altersentsprechend auffällig

Sprache: altersentsprechend auffällig

Sozialverhalten: unauffällig auffällig

Schlafverhalten: _____

Toilettengewohnheiten: _____

Betreuung / Schule

Betreuung: Eltern Tagesmutter Kita Schule

Name der Einrichtung: _____

Probleme in der Einrichtung: ja nein

Sonstige Auffälligkeiten / Sorgen der Eltern: _____

Medikamente / Allergien

Dauerhafte Medikamente: _____

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

Besondere Reaktionen auf Medikamente: _____

Sonstige wichtige Informationen

Ort / Datum: _____

Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten: _____