

Anamnesebogen



PediaMed Wolfsburg
Kinder- und Jugendarztpraxis

Inhaberinnen

Dr. med. Maria Pniok & Anja Hofmann

Großer Winkel 1 | 38442 Wolfsburg

Tel.: 05362 97 52 58 0

Fax: 05362 97 52 58 9

www.pediamed-wolfsburg.de

info@pediamed-wolfsburg.de

Willkommen in unserer Kinderarztpraxis

um Ihr Kind im Rahmen der geplanten Vorstellung optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen so gut wie möglich auszufüllen.

Selbstverständlich ist die Beantwortung der Fragen freiwillig und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zum Kind:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Kindergarten/Schule/Klassen: _____

Bei Arztwechsel, früherer Arzt: _____

Angaben zur Schwangerschaft/Geburt:

Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft?: _____

Bei Arztwechsel, früherer Arzt: _____

Schwangerschaftswoche: _____ Geburtsgewicht: _____ g Geburtslänge: _____ cm

Art der Geburt: spontan Zange/Glocke Kaiserschnitt

Musste Ihr Kind in die Kinderklinik verlegt werden? _____

Angaben der Eltern:

leibliche Eltern Adoptiveltern Pflegeeltern

Sorgeberechtigt: beide Eltern Mutter Vater

Name, Vorname der Mutter: _____ Geburtsdatum: _____

Erlerner Beruf: _____

Jetzige Tätigkeit: _____

Chronische Erkrankungen: _____

z. B. Neurodermitis, Asthma, Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, etc.

Name, Vorname des Vaters: _____ Geburtsdatum: _____

Erlerner Beruf: _____

Jetzige Tätigkeit: _____

Chronische Erkrankungen: _____

z. B. Neurodermitis, Asthma, Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, etc.

Angaben zu Geschwistern:

Name Geburtsdatum Krankheiten (z.B. Allergien, Neurodermitis, Allergien, Bluthochdruck, Diabetes mellitus etc.)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

Kontaktdaten

Adresse: _____ Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____ Telefonnummer: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Ausgefüllt durch: Mutter Vater andere

Anamnese

1. Befand oder befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, in welcher: _____

2. Leidet Ihr Kind an schwerwiegenden Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

3. Hatte Ihr Kind bereits eine Operation? Ja Nein

Wenn ja, wann und was: _____

4. Leidet Ihr Kind an Allergien/Unverträglichkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

5. Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

6. Befindet Ihr Kind sich in therapeutischer Behandlung? Ja Nein

(Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Psychotherapie)

Wenn ja, in welcher Praxis: _____

Einwilligungserklärung zum Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern zu Behandlungszwecken

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kinderarzt Informationen zu Befunden und Behandlungen bei anderen Leistungserbringern, bei denen mein Kind in Behandlung ist (z.B. Fachärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeuten), einholt und an diese weitergibt, soweit dies für die Behandlung meines Kindes erforderlich ist. Mein Kinderarzt wird diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Ich entbinde den Kinderarzt und die anderen Leistungserbringer insofern von der Schweigepflicht.

Einwilligungserklärung für die Abholung von patientenbezogenen Daten durch namentlich benannte Personen

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Personen patientenbezogene Daten (z.B. Befunde, Überweisungen, Rezepte, Entschuldigungen/Atteste für Schule und Kindergarten) in der Praxis abholen:

Einwilligungserklärung Recall

Ich bin damit einverstanden (Zutreffendes bitte ankreuzen und Kontaktdaten einfügen), dass mich die Arztpraxis über:

Brief/Karte: _____

E-Mail: _____ SMS/Telefon: _____

an Termine für anstehende Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen erinnert.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Zahlungspflichtigen