

Liebe Eltern,

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

Wenn Sie etwas nicht auf Anhieb wissen oder nicht beantworten möchten, lassen Sie die entsprechende Frage bitte einfach offen.

Selbstverständlich ist die Beantwortung der Fragen freiwillig, und wir garantieren absolute Vertraulichkeit. Vielen Dank!

Allgemeine Angaben

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

**Haupt- Email: _____
kontakt Telefon: _____**

Mutter	Vater
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Geb.-Datum: _____	Geb.-Datum: _____
Beruf: _____	Beruf: _____
Anschrift: _____	

Erziehungsberechtigt: Eltern () Mutter () Vater () Andere: _____

Gibt es Geschwisterkinder, die schon bei uns angemeldet sind? Ja () Nein ()

Bei wem ist das Kind mitversichert? Mutter () Vater () Andere: _____

Krankenkasse: _____

Pflichtversichert () freiwillig versichert () Privat () Beihilfe () zusatzversichert ()

Bei Privat versicherten, bitte Anschrift des Rechnungsempfängers:

Vorheriger Kinderarzt: _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen in den Allgemeinen Angaben rechtzeitig mit!

Familiäre/ soziale Situation, Erkrankungen etc.

Geschwister: Ja () Nein () Wenn ja, wieviele? ()

Chronische Erkrankungen innerhalb der Familie? Ja () Nein ()

Wenn ja, wer und welche Erkrankung: _____

Geht Ihr Kind in die Kita bzw. Schule? Kita () Schule ()

Name der Einrichtung: _____

Anamnesebogen Kinder



Besonderheiten oder Probleme in der Einrichtung? Ja () Nein ()

Wenn ja, was? (z.B. I-Status) _____

Ist ihr Kind Brillenträger? Ja () Nein ()

Wurde Ihr Kind geimpft? Ja () Nein ()

Bitte Impfausweis vorlegen.

Schwangerschaft: Geburtsgewicht: _____

Dauer der Schwangerschaft: ____ Wochen

Besonderheiten in der Schwangerschaft? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind angeborene Erkrankungen? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche? _____

Gibt / gab es Auffälligkeiten in der frühkindlichen Entwicklung? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche? (ggf. Behandlungen) _____

Liegen bei Ihrem Kind Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten vor?

Ja () Nein ()

Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche? _____

Wurden bei Ihrem Kind Operationen durchgeführt? Ja () Nein ()

Wenn ja, was und wann? _____

Gibt es andere Besonderheiten, die Sie uns mitteilen möchten? Ja () Nein ()

Wenn ja, was? _____

Datum:

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten: