

**Anamnesebogen  
Kinder- und Jugendmedizin  
MVZ Adlershof**



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 sollten oder nicht beantworten  
möchten, lassen Sie die Frage einfach offen. Selbstverständlich ist die Beantwortung  
der Fragen freiwillig und wir garantieren absolute Vertraulichkeit.

**Allgemeine Angaben**

Patient:      Name: \_\_\_\_\_  
                  Vorname: \_\_\_\_\_  
                  Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Mutter:        Name: \_\_\_\_\_  
                  Vorname: \_\_\_\_\_  
                  Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
                  Beruf: \_\_\_\_\_

Vater:         Name: \_\_\_\_\_  
                  Vorname: \_\_\_\_\_  
                  Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
                  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: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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

Vielen Dank für Ihre Mühe!  
Ihr Team vom MVZ Adlershof