



**Praxis für Kinder-
& Jugendmedizin**

Dr. med. Sonja Burzin
Fachärztin für Kinder-
und Jugendmedizin

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, dass Sie uns die Gesundheit Ihres Kindes anvertrauen wollen.
Im Interesse einer optimalen Behandlung bitten wir Sie, diesen Fragebogen
vollständig auszufüllen. Bei evtl. Fragen helfen wir gerne.

Wir bitten Sie, uns Änderungen (z.B. der Adresse, Telefonnummer, des
Versicherungsverhältnisses) umgehend mitzuteilen.

Name (des Patienten)	Vorname	Geb.
Herkunftsland	Deutschland	andere:
Muttersprache	Deutsch	andere:
PLZ - Wohnort	Straße	
Telefon (privat)	Mobiltelefon	e-mail
Versicherung	Gesetzlich versichert	Privat versichert
Name des Hauptversicherten	Vorname	Geb.
Auf wessen Empfehlung kommen Sie / wie haben Sie uns gefunden?		
Haben Sie für Ihre Behandlung einen besonderen Wunsch? nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> (wenn ja, welchen) -		
<p>Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben sowie die Kenntnisnahme und das Einverständnis mit dieser Information. Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für Sie/Ihr Kind freigehalten. Sie werden daher gebeten, die Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei Nichterscheinen wird eine Ausfallgebühr von pauschal 50 Euro geltend gemacht. Ich habe die Datenschutzerklärung entsprechend der Eu-Datenschutzgrundverordnung gelesen und verstanden und bin mit dem Inhalt vollständig einverstanden. Mit der Kommunikation via e-mail in Form einer Antwortmail auf meine Mailanfrage oder eines Recall oder einem Hinweis auf dringende Kontaktaufnahme bin ich einverstanden. Mit der Einrichtung von Recalls für Vorsorge- oder Impftermine und dem Erhalt der Newsletter via e-mail bin ich einverstanden.</p>		
Datum	Unterschrift	

Dateiname: Anamnesebogen Patienten

bitte wenden



Fragen zur Vorgeschichte und Familiensituation:

Sind Krankheiten oder besondere Anfälligkeiten beim Patienten bekannt nein ja
O Herzfehler O Harnwegsinfekte
O Bluthochdruck O Kreislaufschwäche
O Ohnmachtsanfälle O Krampfanfälle
O Übergewicht O Nierenerkrankungen
O Hyperaktivität O chronische Infektionen (Hepatitis B, HIV)

Wird eine Kariesprophylaxe mit Fluorid-Tabletten durchgeführt? nein ja
Wird Fluoridhaltige Zahncreme verwendet? nein ja

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? nein ja
wenn ja, welche: - -

War schon einmal eine Krankenhausbehandlung erforderlich nein ja
wenn ja, weshalb? - -

Operationen (wann, welche, Komplikationen)? nein ja
- -

Sind Allergien oder entsprechende Erkrankungen wie Asthma, Neurodermitis oder allergischer Schnupfen bekannt? nein ja
(welcher Art) - -

Sind Allergien oder entsprechende Erkrankungen wie Asthma, Neurodermitis bei nächsten Angehörigen (Eltern, Geschwister) bekannt? nein ja
(Person/Art d. Allergie) - -

Wird in Ihrem Haushalt geraucht? nein ja

Halten Sie Haustiere? wenn ja, welche nein ja

Bestehen besondere Wohnrau- oder Umweltbelastungen? nein ja
wenn ja, welche: -

War im ersten Lebensjahr eine Hüftbehandlung nötig? (z.B. mittels Beugeschiene) nein ja
Besteht oder bestand ein Hüftleiden bei Eltern oder Geschwistern? nein ja

Ist bei Eltern oder Geschwistern eine Seh- oder Hörschwäche bekannt? nein ja

Ist bei Eltern oder Geschwistern ein Krampfleiden (Epilepsie) bekannt? nein ja

Ist bei Eltern oder Geschwistern eine psychische Krankheit bekannt? nein ja
wenn ja, welche:

Ist bei Eltern oder Geschwistern eine erhöhte Blutungsneigung bekannt? nein ja

Ist bei Eltern oder Geschwistern eine erhöhte Thromboseneigung bekannt? nein ja

Gab es bei nächsten Angehörigen vor dem 45. Lebensjahr Fälle von Herzinfarkt, plötzlichem Herztod oder Schlaganfall? nein ja

Gibt es bei nächsten Angehörigen Fälle von Zöliakie (Sprue)? nein ja

Gibt es bei nächsten Angehörigen besondere chronische oder lebensbedrohliche Erkrankungen? nein ja

Möchten Sie etwas anmerken, wonach Sie nicht gefragt worden sind? nein ja

.....