



Allgemeiner Anamnesebogen - deutsch

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN / PÄDIATRIE

Name:.....

Vorname:.....

Wohnort:.....

Geb. Datum:.....

Telefon/Handynummer:.....

Ist oder war eine Versicherung vorhanden? Ja, bei nein

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

1. War es die erste oder die wievielte Schwangerschaft war es? 1. 2. 3.
2. War es die erste oder die wievielte Geburt? 1. 2. 3.
3. War die Geburt
 - spontan
 - per Kaiserschnitt (Sectio)
 - eine Zangengeburt (Forzeps)
 - oder musste eine Saugglocke zur Hilfe genommen werden (VE)?
4. Gab es in der Schwangerschaft Komplikationen? Nein wenn ja, welche ?.....
 - Blutungen in der Schwangerschaft? Nein Ja
 - Vorzeitige Wehen? Nein Ja
5. Mussten sie Medikamente nehmen? Nein wenn ja, welche ?.....
6. Hatten sie eine längere Flugreise ? Nein Ja
7. Gab es Probleme mit dem Blutzucker? Gestationsdiabetes? Nein Ja
8. Haben die Eltern während der Schwangerschaft geraucht ? Nein Ja
9. Wurde das Kind schon einmal operiert ? Nein Ja Jahr
10. Hatte das Kind schon einmal einen Unfall? Nein Ja Jahr
11. War das Kind schon einmal ernsthaft erkrankt? Nein Ja
12. Musste es im Krankenhaus behandelt werden ? Nein Ja
13. Wie lange wurde das Kind gestillt ?WochenMonate
14. Mit was wird es jetzt ernährt ?

ZUR FAMILIENGESCHICHTE

15. Gab es Nieren- oder Hüftgelenkerkrankungen bei Vater oder Mutter ? Nein Ja

16. Gab es einen Fall von Zuckerkrankheit im frühen Kindesalter bei nahen Verwandten?
Nein Ja

17. Gab es ein Krampfleiden (Epilepsie) bei nahen Verwandten? Nein Ja

18. Gibt es einen Fall von Tuberkulose bei nahen Verwandten? Nein Ja

19. Leiden der Vater oder die Mutter an einer Allergie? Nein , wenn Ja, welche?.....

20. Gibt es Schilddrüsenerkrankungen bei nahen Verwandten? Nein Ja

21. Verwenden sie zuhause zum Kochen FluorJodSalz? Nein Ja

22. Gibt es besondere Erkrankungen in der Familie ? Nein , wenn Ja, welche?.....

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten