

Neupatienten Anamnesebogen

Liebe Eltern,

Herzlich Willkommen bei KinderärztePlus in Germering.

Wir freuen uns, dass Sie mit ihrem Kind bei uns medizinisch betreut werden möchten.

Da wir Sie und Ihr Kind besser kennenlernen möchten, bitten wir Sie, uns vor Ihrem ersten Besuch folgende Informationen auszufüllen. Diese Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vorname und Nachname des Kindes:

Geburtsdatum:

Geburtsort/Geburtsklinik:

Straße, Wohnort:

Vorname und Nachname der Mutter:

Geburtsdatum:

Tel der Mutter:

E-Mail der Mutter:

Beruf der Mutter:

Vorname und Nachname des Vaters:

Geburtsdatum:

Tel des Vaters:

E-Mail des Vaters:

Beruf des Vaters:

Besteht ein gemeinsames Sorgerecht

☐ ja

☐ nein

Wenn nein, Sorgerecht bei

☐ Mutter

☐ Vater

Krankenkasse:

Versichertennummer:

Hauptversicherter:

Gibt es chronische oder schwerwiegende Erkrankungen bei Ihrem Kind oder in der Familie ?

Allergien:	☐ ja	☐ nein
------------	-----------------------------	-------------------------------

Asthma:	☐ ja	☐ nein
---------	-----------------------------	-------------------------------

Augenerkrankungen:	☐ ja	☐ nein
--------------------	-----------------------------	-------------------------------

Diabetes:	☐ ja	☐ nein
-----------	-----------------------------	-------------------------------

Fehlbildungen/Syndrom:	☐ ja	☐ nein
------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Herz-Kreislaufkrankungen:	☐ ja	☐ nein
---------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Hörstörungen:	☐ ja	☐ nein
---------------	-----------------------------	-------------------------------

Hüfterkrankungen:	☐ ja	☐ nein
-------------------	-----------------------------	-------------------------------

Immunerkrankungen:	☐ ja	☐ nein
--------------------	-----------------------------	-------------------------------

Andere besondere Erkrankungen:

Bes Ernährung (z.B. vegetarisch)	☐ ja	☐ nein
----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Gibt es Geschwisterkinder?	☐ ja	☐ nein
----------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja Namen und Geburtstag:

Ist Ihr Kind gegen RSV geimpft?	☐ ja	☐ nein
---------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

In der kinderärztlichen Praxis besteht die Möglichkeit, neben dem Impfstatus Ihres Kindes auch den Impfstatus von Ihnen als Eltern zu überprüfen, um es bestmöglich schützen zu können. Bitte bringen Sie daher alle Impfausweise in die Praxis mit. Bei Bedarf können wir auch bei Ihnen eine Auffrischimpfung durchführen.

Datum Unterschrift(en)

Mutter

Vater

Eine gegenseitige Verlässlichkeit ist in unserer Praxis sehr wichtig. Wir versuchen, durch feste Terminvereinbarungen, lange Wartezeiten für Sie und Ihr Kind zu vermeiden. Wenn Sie nicht oder mit deutlicher Verspätung kommen, kommen wir selbst in zeitlichen Verzug und können darüberhinaus in dieser Zeit keine anderen Patienten behandeln. Daher bitten wir Sie, mit Ihrer Anmeldung um Ihre Zusage, dass Sie die vereinbarten Termine einhalten und rechtzeitig mit Ihrem Kind bei uns eintreffen.

Besten Dank für Ihre Unterstützung!