

Anamnese - Fragebogen Kinder/Jugendliche

Name, Vorname:	Mobil:
Straße, Hausnummer:	Mailadresse:
Postleitzahl, Ort:	Telefonnummer:
Geburtsdatum:	Hausarzt:
Haben beide Eltern das Sorgerecht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Sorgerecht hat:	
Aktuell begleitende Person:	ggf. Vollmacht vorhanden?
Versicherung: <input type="checkbox"/> privat Tarif: <input type="checkbox"/> gesetzlich (Abrechnung 2,3/3,5-facher Satz)	
Krankenkasse:	
Wächst ihr Kind mehrsprachig auf? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Sprachen:	

Leidet oder litt der/die Patient*in an einer Grunderkrankung und seit wann?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Frühgeburtlichkeit | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsstörung | <input type="checkbox"/> AD(H)S / LRS / Dyskalkulie |
| <input type="checkbox"/> Infektions-/Immunkrankheiten | <input type="checkbox"/> Epilepsie u.ä. |
| <input type="checkbox"/> Asthma/chron. Bronchitis | <input type="checkbox"/> Essstörungen |
| <input type="checkbox"/> Magen/Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
- Weitere Erkrankung:

Erfolgt eine regelmäßige Medikamenteneinnahme?

ja, welche:

Sind schon Operationen erfolgt? ja nein

Welche / wann:

Sind Allergien bekannt?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Tierhaare |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel | <input type="checkbox"/> Milben |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Bienen o. Wespe |

Weitere Allergien:

Ist eine Testung schon erfolgt? ja (wann: durch Pricktestung / Blutabnahme)

Durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam gemacht? _____

Wir haben für Sie ein Erinnerungssystem eingerichtet. Es ermöglicht uns, Sie an den Termin und erneute Vorstellungen zu erinnern (per Mail oder SMS, nur bei Angabe möglich).

Ich stimme zu. Ich stimme nicht zu.

Ich habe die in der Praxis ausliegenden Hinweise zum Datenschutz (DSGVO) zur Kenntnis genommen.

Hiermit erteile ich das Einverständnis zum sicheren Informationsaustausch durch die behandelnde Ärztin Fr. Dr. Lindemann inklusive des Praxispersonals mit dem o.g. Hausarzt / dem überweisenden Arzt.

Potsdam, den: _____

Unterschrift: _____