Anamnesebogen für Kinder

Ich heiße_____geboren bin ich am_____

Meine Eltern heißen_____

Mein Lieblingskuscheltier heißt_____

Wir wohnen hier_____

Unsere Telefon-Nummer_____

Der Name meiner Versicherung ist _____

Versichert bin ich über_____

geboren am_____wohnhaft in_____

Meine Kinderärztin/mein Kinderarzt heißt_____

Heute bin ich hier, weil_____

○ Ich habe keine Zahnspange
○ Ich trage eine Zahnspange und bin deswegen regelmäßig bei_____

○ Mein Körper funktioniert ohne Medikamente
○ Mein Körper funktioniert besser, wenn ich folgende Medikamente einnehme_____

weil ich folgende Krankheit/en habe:

○ Asthma
○ Zuckerkrankheit (Diabetes)
○ Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)
○ Erkrankung des Herzens
○ Spastik
○ Schilddrüsenerkrankung
○ Nierenerkrankung
○ Lungenerkrankung
○ Erkrankung des Blutes
○ Tuberkulose
○ Lebererkrankung/Gelbsucht
○ Rheuma/rheumatisches Fieber
○ Nervenerkrankung
○ Magen-Darm-Erkrankung
○ Hörstörungen
○ Immunschwäche (z.B. AIDS)
○ geistige Verzögerung/Behinderung
○ Lernbehinderung
○

○Ich habe keine Allergien
○Ich reagiere allergisch auf_____

○Ich bin noch nie operiert worden
○Ich bin schon operiert worden, weil_____

_____	_____	_____
Datum	Unterschrift Kinderpatient/in	Unterschrift Erziehungsberechtigte/r