

Anamnesefragebogen

Angaben des Kindes

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: w m

Geburtsdatum: _____

Strasse/PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobile: _____

Krankenkasse/Police Nr.: _____

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten, sowohl an die rechnungsstellende (z. B. Aerztekasse), als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt, sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.
Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wohnhaft bei: Eltern Vater Mutter

Anderes: _____

Nationalität: _____

Ist es Ihr erstes Kind? Ja Nein

Wenn nein, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) haben Sie ihr Kind entbunden?

In der _____ SSW.

Spontangeburt

Kaiserschnitt

Geburtsgewicht: _____ g

Grösse: _____ cm

Lag eine Mehrlingsgeburt vor? Ja

Nein

Gab es bei oder unmittelbar nach der Geburt Komplikationen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Vater

Name / Vorname: _____

Geboren am: _____

Grösse: _____

Nationalität: _____

Beruf: _____

Nichtraucher

Raucher

Gibt es Kinder aus früherer Ehe? Ja

Nein

Wenn ja, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Mutter

Name / Vorname: _____

Geboren am: _____

Grösse: _____

Nationalität: _____

Beruf: _____

Nichtraucherin

Raucherin

Gibt es Kinder aus früherer Ehe? Ja

Nein

Wenn ja, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Welche Sprache wird zu Hause gesprochen? _____

Familienvorgeschichte

Leidet jemand in Ihrer Familie an einer **Erkrankung**?

Wenn ja, an welcher? _____

Wer: _____

Wer: _____

Wer: _____

Wer: _____

Liegen **Allergien in der Familie** vor?

Pollenallergie

Ja

Nein

Wer: _____

Falls bekannt: welche Allergie? _____

Nahrungsmittel

Ja

Nein

Wer: _____

Wenn ja, welche? _____

Medikamente

Ja

Nein

Wer: _____

Wenn ja, welche? _____

Andere Allergien: _____

Erkrankungen und Allergien des Kindes (Bei Neugeborenen freilassen)

Bisherige **Erkrankungen, Geburtsgebrechen:**

Hat Ihr Kind **Allergien**?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmässig **Medikamente** ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Vielen Dank für's Ausfüllen!