

Anamnese Fragebogen Patient

Name	Vorname	Geb. Datum	Datum
------	---------	------------	-------

Schwangerschaft

Risikoschwangerschaft	<input type="radio"/> Nein	Warum?
Medikamente	<input type="radio"/> Nein	Welche?
Nikotin, Alkohol, Drogen	<input type="radio"/> Nein	Was? Wieviel?

Geburt

Schwangerschaftswoche		_____ SSW + _____ Tage	
<input type="radio"/> Spontan	<input type="radio"/> Kaiserschnitt	<input type="radio"/> Saugglocke	<input type="radio"/> Zange
<input type="radio"/> Schädellage	<input type="radio"/> Querlage	<input type="radio"/> Beckenendlage	<input type="radio"/> Anderes
Gewicht		Länge	
Kopfumfang		APGAR	/ /
Komplikationen			

Weitere Angaben

Allergien	<input type="radio"/> Nein	Welche?		
Chronische Krankheiten	<input type="radio"/> Nein	Welche?		
Medikamente	<input type="radio"/> Nein	Welche?		
Unverträglichkeiten	<input type="radio"/> Nein	Welche?		
Operationen	<input type="radio"/> Nein	Was? Wann?		
Kinderkrankheiten	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Scharlach	<input type="radio"/> Masern	<input type="radio"/> Mumps
		<input type="radio"/> Windpocken	<input type="radio"/> Röteln	<input type="radio"/> Ringelröteln
Entwicklungsauffälligkeiten	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Feinmotorik	<input type="radio"/> Grobmotorik	<input type="radio"/> Geistig
		<input type="radio"/> Sprache	<input type="radio"/> Verhalten	
Besonderheiten	<input type="radio"/> Nein			

Eltern

	Kindesmutter		Kindesvater	
Name, Vorname				
Geburtstag				
Herkunftsland				
Schulabschluss				
Beruf/ Ausbildung				
Telefonnummer				
Sorgerecht	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Auskunftsrecht	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zusammenleben	<input type="radio"/> Verheiratet		<input type="radio"/> Lebensgemeinschaft	
Familienhilfe	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

(Halb-) Geschwister

(Name, Vorname; Alter; Geschlecht)

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Erkrankungen in der Familie

z.B. Allergien, Haut, Herz, Lunge, Niere, Bauch, Stoffwechsel, Nerven, Autoimmunerkrankungen, Gelenke, Tumore, Genetik, Gerinnung, Psyche

Familie der Mutter	<input type="radio"/> Nein	
Familie des Vaters	<input type="radio"/> Nein	
Geschwister des Kindes	<input type="radio"/> Nein	

Ausgefüllt von: _____