Kinderarztpraxis Dr. med. Christian Wiemann

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Gravenhorster Str. 66b
49477 Ibbenbüren
Telefon 05451 15031

Anamnesebogen

Liebe Eltern,
Sie sind das erste Mal in unserer Praxis! Schön, dass Sie da sind. Um uns Ihrem Kind bestmöglich widmen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. So ist es uns möglich, eine große Anzahl an Themen zur Entwicklung ihres Kindes in angemessener Zeit zu erfragen und uns auf die Themen zu konzentrieren, die Ihnen wirklich wichtig sind!

Selbstverständlich unterliegt alles Geäußerte der ärztlichen Schweigepflicht. Wir helfen ihnen gerne bei Verständnisfragen.

Sollte etwas zutreffen, kreuzen Sie diesen Punkt bitte an und machen evtl. nähere Angaben:

Kind

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Eltern

- ○ verheiratet
- ○ getrennt

Vater		***Mutter***	
Name:	_____	Name:	_____
Vorname:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	Strasse:	_____
PLZ / Ort:	_____	PLZ / Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsdatum:	_____
Beruf:	_____	Beruf:	_____
Telefon:	_____	Telefon:	_____
Handynummer:	_____	Handnummer:	_____
Email:	_____	Email:	_____

Krankenkasse: _____

Hauptversicherter: _____

Sorgerecht?

- ○ gemeinsam
- ○ ein Elternteil, wer? _____
- ○ Andere: _____

Geschwister (Name, Alter): _____

bisheriger Kinderarzt: _____

Bitte wenden!

- ***Sie sind insgesamt zufrieden mit dem Verhalten und der Entwicklung ihres Kindes***

Sie fühlen sich im Moment:

- gut und ausreichend betreut (durch Familie, Hebamme usw.)
- als Familie ohne besondere Belastung

Sind in der Familie bekannt (falls ja: wer?):

- angeborene oder vererbbare Augenerkrankungen
- angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
- angeborene Abwehrschwäche
- angeborene Hüfterkrankung
- Blutgruppen-Unverträglichkeit/ Gerinnungsstörungen
- behandelte Neugeborenen-Gelbsucht bei den Kindern
- Diabetes mellitus Typ I
- Schilddrüsenerkrankungen
- Rheuma
- psychische Erkrankungen
- ADHS
- Herzerkrankungen
- Krampfleiden
- Andere: _____

Ihr Kind hat/ hatte (falls ja: seit wann?):

- angeborene Erkrankungen
- Auffälligkeiten bei der Geburt
- schwerwiegende Erkrankungen
- Operationen
- häufige, schwere Infektionen
- Schwierigkeiten beim Trinken / Essen
- auffällige Stuhlfarbe (nach der Farbtafel)
- auffälliges Schreien als Baby
- Neurodermitis
- Allergien (welche?)
- Asthma bronchiale
- Diabetes mellitus Typ I
- Schilddrüsenerkrankungen
- Rheuma
- psychische Erkrankungen
- ADHS
- Herzerkrankungen
- Krampfleiden
- chronische Verstopfung
- Andere: _____

Bei Ihrem Kind wurden durchgeführt:

- Vitamin D-Gabe als Baby
- Ultraschall der Hüften bei U3
- Computer-Hörtest (OAE) nach Geburt
- Fersenblut-Untersuchung (auch auf Mukoviszidose)
- alle U-Untersuchungen
- Impfungen nach STIKO-Plan
- Zahnärztliche Kontrollen (je nach Alter)

Kinderarztpraxis Dr. med. Christian Wiemann
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Gravenhorster Str. 66b
49477 Ibbenbüren
Telefon 05451 15031

Macht Ihr Kind Sport? (ausser Schulsport)

- ○ nein
- ○ ja Was? _____
  Wie oft? _____

Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein?

- ○ nein
- ○ ja, nämlich: _____

Zusatzfragen für Jugendliche:

Rauchst Du?

- ○ nein
- ○ ja ø _____ Zigaretten pro Tag

Trinkst Du Alkohol?

- ○ nein
- ○ ja
  - ○ selten
  - ○ 1/ Monat
  - ○ 1/ Woche
  - ○ häufiger
  - ○ hatte schon mal einen Filmriß
  - ○ war schon im Krankenhaus deswegen

Nimmst Du Drogen?

- ○ nein
- ○ ja Welche?_____
  Wie oft? _____

Zusatzfrage für Mädchen:

Hast du schon deine Regelblutung?

- ○ nein
- ○ ja seit: _____

Nimmst Du die Pille?

- ○ nein
- ○ ja seit: _____

Bitte wenden!

Kinderarztpraxis Dr. med. Christian Wiemann

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Gravenhorster Str. 66b
49477 Ibbenbüren
Telefon 05451 15031

Einverständniserklärung zur Erinnerung an (bitte ankreuzen):

- ○ Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen
- ○ anstehende Impfungen
- ○ notwendige Kontrolluntersuchungen (z.B. Ultraschall bei Nierenerkrankungen, Bluttest bei Schilddrüsenstörungen)

per

- ○ Telefon
- ○ Email

Hiermit stimme ich zu, dass mich die Kinderarztpraxis Dr. med. C. Wiemann zu obigen Zwecken kontaktieren darf. Diese Einverständniserklärung ist jederzeit mündlich oder schriftlich wiederrufbar.

Ibbenbüren, den_____ _____
(Unterschrift Sorgeberechtigter)

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht zum Zwecke der Anforderung / Übermittlung von Arztbriefen / Befunden / Daten

Hiermit entbinde ich, bis auf Widerruf, die Kinderarztpraxis Dr. med. Wiemann nach § 73 Abs. 1b Satz 1 Sozialgesetzbuch von der ärztlichen Schweigepflicht zum Zwecke der Anforderung von Arztbriefen, Befunden, Behandlungsdaten von anderen Ärzten und Heilmittelerbringern, oder Übermittlung obiger an selbige, zum Zwecke der Dokumentation.

Ibbenbüren, den_____ _____
(Unterschrift Sorgeberechtigter)

Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Die ausgehängten Hinweise zum Datenschutz in der Praxis, habe ich zur Kenntnis genommen.

Ibbenbüren, den_____ _____
(Unterschrift Sorgeberechtigter)