



Anamnesebogen:

| | | | |
|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Datum der Anmeldung: | | Erstgespräch am: | |
| Anmelder/ In: | | | |
| Patientenname: | | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich |
| Geb. am: | | Alter: | |
| Nationalität: | | | |
| Strasse: | | | |
| Plz: | | Wohnort: | |
| Telefon Nr. (Festnetz): | | Telefon Nr. (mobil): | |
| Fax Nr.: | | E-Mail: | |
| Kinder- / Hausarzt: | | Krankenkasse: | |
| Sorgerecht haben beide Eltern: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sorgerecht haben Mutter: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Vater: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| andere: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Name: | | | |
| Name: | | | |
| Name/ Amt: | | | |
| Alle Sorgeberechtigten sind mit der Untersuchung und ggf. Behandlung einverstanden | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Vorstellungsanlass: | | | |
| Bisherige Maßnahmen: | | | |
| Frühere Untersuchung: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Datum der Untersuchung: | | | |
| Name des behandelten Arzt: | | | |
| Adresse des behandelten Arzt: | | | |

Eventuelle Vorbefunde sollten möglichst vor Terminvergabe, spätestens bei Erstgespräch vorliegen!

Datum: _____

Unterschrift der Sorgeberechtigten _____

*sonstige Informationen bitte als Anlage zufügen



Angaben zur Vorgeschichte:

| | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------|--|
| Name des Kindergarten: | | Name Erzieher (in): | |
| Telefon Nr. Kindergarten: | | E-Mail des Kindergarten: | |
| Kindergartenzeit von / bis: | Verhalten / Besonderheiten: | | |
| Name der Schule: | | Name Klassenlehrer (in): | |
| Telefon Nr. Schule: | | E-Mail der Schule: | |
| Klasse: | Verhalten / Besonderheiten/ schulische Leistungen: | | |

Angaben zu Eltern und Familie:

| | | | | | |
|--|--------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Eltern leben zusammen: | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Name Vater: | | Alter: | <input type="checkbox"/> leiblich | <input type="checkbox"/> Stiefvater | <input type="checkbox"/> Pflegevater |
| Kurze Angaben zu Beruf, Gesundheit und Lebenssituation des Vaters und der Beziehung zum Patienten: | | | | | |
| Name Mutter: | | Alter: | <input type="checkbox"/> leiblich | <input type="checkbox"/> Stiefmutter | <input type="checkbox"/> Pflegemutter |
| Kurze Angaben zu Beruf, Gesundheit und Lebenssituation der Mutter und der Beziehung zum Patienten: | | | | | |
| Bei getrennt lebenden Eltern – seit wann getrennt/ geschieden / Besuchsregelung: | | | | | |
| Geschwister, ggf. mit wichtigen Hinweisen: | | | | | |
| 1. Name: | Alter: | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | | |
| 2. Name: | Alter: | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | | |
| 3. Name: | Alter: | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | | |
| 4. Name: | Alter: | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | | |

* auch Halb- und Stiefgeschwister und solche, die nicht zu Hause leben oder schon verstorben sind.



Weitere wichtige Bezugspersonen (Großeltern, Partner(innen) der Eltern, Erzieher(in), Lehrer(in), Freund(in):

Vereine:

Weitere Angaben zur Vorgeschichte:

| | | | |
|---|-----------------|--|-------------------|
| Schwangerschaft normal: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Besonderheiten während der Schwangerschaft: | |
| Geburtsgröße: | Geburtsgewicht: | Stillen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Stillzeit/ Monate |

Besonderheiten in den ersten beiden Lebensjahren

| | | | |
|------------------------|----------------|----------------------|----------------|
| Freies Laufen: | Monate/ Jahre | | |
| Sprechen: erste Worte: | Monate / Jahre | Dreiwortsätze: | Monate / Jahre |
| Sauberkeit (tags): | Monate / Jahre | Sauberkeit (nachts): | Monate / Jahre |

Erkrankungen / Unfälle / Operationen, welche und wann:

Besonderheiten/ Hinweise bzgl. Lebenssituation, Verhalten; Neigungen, Hobby etc. (ggf. auf Extrablatt fortführen)