

Anamnesebogen Kinder

Sehr geehrte Eltern,
bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Ihre Angaben helfen uns, die Beschwerden bzw. die Erkrankung Ihres Kindes besser einschätzen zu können. Die Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

Name, Vorname _____ **geb. am** _____

Telefonnummer _____

Grund des heutigen Besuches:

Bestehen bzw. bestanden bei Ihrem Kind folgende Krankheiten oder Symptome? Wenn ja, welche?

- | | |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe / epileptische Anfälle | <input type="checkbox"/> Herzfehler / Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Hörprobleme / Taubheit | <input type="checkbox"/> Sprachprobleme |
| <input type="checkbox"/> Lernschwäche / ADHS | <input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselkrankheiten / Diabetes | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankung (z.B. Hepatitis / HIV) |
| <input type="checkbox"/> Genetische Erkrankungen / Syndrome | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |

Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein
Falls ja, gegen? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Falls ja, welche? _____

Erfolgte die Geburt termingerecht? Ja Nein
Falls nein, welche SSW? _____ Geburtsgewicht: _____ g

War nach der Geburt eine Sauerstoffgabe erforderlich? Ja Nein
Falls ja, wie lange? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal augenärztlich untersucht? Ja Nein
Falls ja, wann und aus welchem Grund? _____

Wurde bei Ihrem Kind schon einmal eine Brille verordnet? Ja Nein
Falls ja, wann erstmalig? _____

Ist bei Ihrem Kind bisher ein Schielen aufgefallen? Ja Nein
Falls ja, wem? (Eltern, Kinderarzt etc.) _____

Familienanamnese

Ist bei jemandem in der Familie ein Schielen bekannt? Ja Nein
Falls ja, bei wem? _____

Gibt es in der Familie Brillenträger? Ja Nein
Falls ja, wer? _____

Sieht ein Familienangehöriger auch mit Brille auf einem Auge schlechter? Ja Nein
Falls ja, wer? _____

Bestehen in der Familie Augenerkrankungen? Ja Nein
Falls ja, welche? _____

Ich bestätige, die Fragen zur Gesundheit meines Kindes nach bestem Wissen beantwortet zu haben.

Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____