
ANAMNESE KINDER BIS 14 JAHRE

NAME:

SVNR/Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Ort:

Tel. Nr. (mobil) Eltern:

Emailadresse Eltern:

Größe:

Gewicht:

Hat Ihr Kind **Allergien, Unverträglichkeiten** (zB. Medikamente, Nahrungsmittel, etc.):

Nein [] Ja [] – welche, welche Erscheinungen sind aufgetreten:

Muss Ihr Kind regelmäßig **Medikamente (auch rezeptfreie etc.) einnehmen?**

Nein [] Ja [] – welche (bitte genaue Bezeichnung, Dosis, Einnahmeschema):

Bestehen bei Ihrem Kind **chronische Erkrankungen**, gibt es sprachliche/körperliche Defizite?

Nein [] Ja [] – welche:

Bitte Rückseite beachten!

Wurde Ihr Kind schon einmal in einem **Krankenhaus behandelt bzw. operiert?**

Nein [] Ja [] – wann, weshalb:

Durchgemachte Kinderkrankheiten (Scharlach, Windpocken,...):

alle Impfungen lt. Gratisimpfprogramm: Ja [] Nein [] – welche fehlen:

weitere Impfungen: Nein [] Ja [] – welche:

Ihr derzeit behandelnder **Hausarzt:**

Bitte bringen sie allfällig vorhandene Befunde in die Ordination mit, damit wir sie in unser EDV-System übernehmen können.

ZUSATZ für KINDER bis 5 Jahre

Auffälligkeiten in Schwangerschaft bzw. Geburt: Nein [] Ja [] – welche:

Geburtswoche:

bisherige Mutter Kind Pass Untersuchungen in Ordnung: Ja [] Nein [] – warum:

Sonstiges/Bemerkungen:

Datum/Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: _____