



# ANAMNESEBOGEN - JUGENDLICHE

Liebe Patienten,

Datum. \_\_\_\_\_

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen,  kreuzen Sie entsprechendes an und geben Sie nähere Erläuterungen. Die Angaben sind freiwillig und werden nach gültigem Datenschutz behandelt. Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen!

Name \_\_\_\_\_ Tel./Mobil \_\_\_\_\_

e-mail-Adresse \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Zusatzvers.  Ja  Nein

## Grund der Vorstellung?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kinderarzt / behandelnde Ärzte – Therapeuten \_\_\_\_\_

Familienanamnese  1.  2.  3. Kind  Mutter/Vater allein erziehend  Geschwister mit ähnlichen Symptomen

## Schwangerschafts- und Geburtsanamnese

Risikoschwangerschaft /Erkrankungen Mutter/Kind  ja  nein Risikogeburt  ja, weil \_\_\_\_\_  nein

Wehendauer (in Stunden): \_\_\_\_\_ Geburtsdauer/Kreissaal (in Stunden): \_\_\_\_\_ Beckenend- oder unnormale Lage  ja  nein

Kaiserschnitt  ja  nein Nabelschnur umwickelt  ja  nein Zangen- oder Saugglockengeburt  ja  nein

Dammschnitt  ja  nein Deformierung des Kopfes  ja  nein Gewicht und Größe bei der Geburt: \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ cm

Verletzungen (Schlüsselbeinbruch, Nervenschädigung, Bluterguss)  ja, welche \_\_\_\_\_  nein

Vorerkrankungen/Kinderkrankheiten/Entwicklungsauffälligkeiten  Ja  nein

Genauere Angaben! \_\_\_\_\_

Orthopädische Erkrankungen/Verletzungen/Operationen (z.B. Unfälle, Brüche, Stürze, Wunden)  Ja  nein

Genauere Angaben! \_\_\_\_\_

Vegetative Anamnese Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Zigaretten  ja  nein  gelegentlich  Ex-Raucher Alkohol  ja  nein  gelegentlich

Impfungen  Ja  Nein  ? Welche? \_\_\_\_\_

Allergien / Unverträglichkeiten / Hauterkrankungen / Juckreiz (Nahrungsmittel, Medikamente)  Ja  Nein

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Medikamente / Vitaminpräparate / Nahrungsergänzungsmittel / Naturheilmittel  Ja  nein

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Stuhlgang / Urin  normal  Durchfälle  Verstopfung  Blutbeimengung  nächtliches Wasserlassen

Probleme beim Schlaf  Ja  Nein  Einschlafstörungen  Durchschlafstörungen  vermehrtes Schlafen

Sport  Nein  ja, welcher: \_\_\_\_\_  gelegentlich  regelmäßig

Zahnerkrankungen  Ja  Nein  Operation  Amalgamfüllung  Goldfüllung  Keramikfüllung  Kunststofffüllung

Zahnsperre  Ja  Nein  lose  fest, seit wann? \_\_\_\_\_

Erkrankungen in der Familie (Erbkrankheiten, Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel- und Krebserkrankungen, verstorben?)

Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

Leibliche Geschwister: \_\_\_\_\_ Großeltern: \_\_\_\_\_

Psychische Belastungen (0=schwach, 10=stark - bitte zutreffendes ankreuzen)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

wodurch bedingt: \_\_\_\_\_