



Praxis für Familienmedizin

Fachärztin für Allgemeinmedizin | Naturheilverfahren

Dr. med. Iris Finsterer

Anamnesebogen für Neupatienten (Kinder/Jugendliche)

Sehr geehrte Eltern / Erziehungsberechtigte,

Um die körperliche und seelische Gesundheit Ihres Kindes zu beurteilen, sind wir auf Ihre Informationen zur Gesundheit Ihres Kindes und der Situation in der Familie angewiesen. Bitte füllen Sie die folgenden Fragen zu unserer Information aus. Diese Daten werden an keine dritte Person weitergegeben, sondern verbleiben in der Patientenakte Ihres Kindes nur in unserer Praxis. Eventuelle Unsicherheiten oder Rückfragen werden wir gemeinsam in einem persönlichen Gespräch klären. Ich danke Ihnen für Ihre Mühe.

Dr.med. Iris Finsterer

Angaben zum Kind

Name Vorname(n) Geburtsdatum Geburtsort

Straße PLZ, Ort Familienstand

Telefon Festnetz Telefon mobil E-Mail

Krankenkasse Hauptversicherter

Vorheriger Kinderarzt/Hausarzt

Sonstige behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung/Adresse, falls bekannt)

Angaben zu den Sorgeberechtigten

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| Sorgerecht | <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> getrennt | |
| | Sorgeberechtigter 1 | Sorgeberechtigter 2 |
| | Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige Person: _____ | Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige Person: _____ |
| Name; Vorname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Adresse (falls abweichend vom Kind) | | |
| Telefonnummer | | |
| Handynummer | | |
| E-Mail-Adresse | | |

| | | |
|---|--|---|
| Beruf | | |
| chronische Erkrankungen, Unverträglichkeiten, Allergien | | |
| Familienstand Eltern | <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> unverheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet |
| Erziehen Sie Ihr Kind | <input type="checkbox"/> zusammen <input type="checkbox"/> alleine als Mutter <input type="checkbox"/> alleine als Vater <input type="checkbox"/> als: | |

| Angaben zu den Geschwistern | | |
|-----------------------------|--------------|--|
| Name | Geburtsdatum | Krankheiten (z.B. chronische Erkrankungen, Unverträglichkeiten oder Allergien) |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Angaben zum Patienten | |
|--|--|
| Körpermaße | Körpergröße _____ Körpergewicht_____ |
| Angaben zu Schwangerschaft und Geburt | Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche_____ |
| | Geburt in der _____SSW, Geburtsgewicht_____g, Geburtslänge_____cm Hat Ihr Kind sofort geschrien? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Erste Lebenswochen | Haben Sie Ihr Kind gestillt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, wie lange haben Sie voll gestillt?_____ |
| | Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf, wie z.B. <input type="checkbox"/> Infektionen <input type="checkbox"/> Krampfanfälle <input type="checkbox"/> Ernährungsstörung <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> vermehrtes Schreien Sonstiges:_____ |
| Entwicklung (Angabe in Monaten/Jahren) | Drehen:_____ Krabbeln:_____ Sitzen:_____ Stehen:_____ Laufen:_____ |
| | Dreirad:_____ Roller:_____ Fahrrad:_____ Schwimmen:_____ |
| | Tagsüber trocken:_____ Nachts trocken:_____ Bettnässen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Schlafen: <input type="checkbox"/> im eigenen Bett <input type="checkbox"/> bei den Eltern Probleme beim: <input type="checkbox"/> Einschlafen <input type="checkbox"/> Durchschlafen |

| | |
|--|---|
| Traumatische Erlebnisse (mit Jahresangaben) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (z.B. Umzug, Trennung von Bezugspersonen, Tod eines Familienmitgliedes oder Haustieres, Krankenhausaufenthalt) ----- |
| Einrichtung (Kita, Schule)? <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> seit wann?_____ <input type="checkbox"/> eingeschult mit____ Jahren <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Klasse _____ <input type="checkbox"/> Schulform_____ |
| Befindet sich Ihr Kind in therapeutischer Behandlung | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Logotherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie Wenn ja, in welcher Praxis _____ Wegen_____ |
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, welche und in welcher Dosierung? _____ |
| Ist Ihr Kind nach Impfempfehlung der STIKO geimpft? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein wenn nein, möchten Sie zu Impfungen beraten werden?_____ |
| Ist Ihr Kind Brillenträger? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Leidet Ihr Kind an schwerwiegenden Erkrankungen? | Wenn ja, welche_____ |
| Hatte Ihr Kind schon eine Operation? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wann und was_____ |
| Leidet Ihr Kind an Allergien? | Wenn ja, welche_____ |
| Treibt ihr Kind Sport? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wie oft? _____ <input type="checkbox"/> pro Tag <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat Welche Sportart?_____ |

Hier ist Platz für weitere Anmerkungen und Wünsche:

Einwilligungserklärung zum Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern zu Behandlungszwecken

- Ich bin damit einverstanden, dass die Familienpraxis Dr. med. Iris Finsterer Informationen zu Befunden und Behandlungen bei anderen Leistungserbringern, bei denen mein Kind in Behandlung ist (z.B. Fachärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeuten), einholt und an diese weitergibt, soweit dies für die Behandlung meines Kindes erforderlich ist. Frau Dr. med. Iris Finsterer wird diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Ich entbinde den Kinderarzt und die anderen Leistungserbringer insofern von der Schweigepflicht.

Einwilligungserklärung für die Abholung von patientenbezogenen Daten durch namentlich benannte Personen

- Ich bin damit einverstanden, dass folgende Personen patientenbezogene Daten (z.B. Befunde, Überweisungen, Rezepte, Entschuldigungen/Atteste für Schule und Kindergarten) in der Praxis abholen:

Hinweise zum Schutz Ihrer Personenbezogenen Daten

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten