



Kinder-Patientenanamnesebogen

Nachname, Vorname:Geb. Datum:

Nachname, Vorname sowie die Anschrift des/der Erziehungsberechtigten des Kindes:

.....

Telefonnummer des/der Erziehungsberechtigten des Kindes:

Kinderarzt bzw. Hausarzt:

Für privat krankenversicherte Patienten(innen)/Selbstzahler(innen) – bitte zusätzlich ausfüllen

Anschrift: Steigerungssatz:

Hauptversicherte(r)/Rechnungsempfänger(in):

Geb. Datum Hauptversicherte(r)/Rechnungsempfänger(in):

Hinweis: bitte gültigen Personalausweis/Reisepass zum Termin mitbringen!

Allgemeinanamnese: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Unauffälliger Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt Ja Nein

Wenn nein, bitte Auffälligkeiten bzw. Abweichungen (wie z. B. Frühgeburt, Sauerstoffzufuhr bei der Geburt) angeben

Unauffälliger Verlauf der Allgemeinentwicklung des Kindes Ja Nein

Wenn nein, bitte Auffälligkeiten angeben

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben

Sind beim Kind Erkrankungen bekannt? Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben

Sind beim Kind Auffälligkeiten beim Lernen bekannt bzw.

befindet sich das Kind in einer Behandlung (z. B. Ergotherapie, Logopädie)? Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten des Kindes:

Bitte auch die Folgeseite beachten und ausfüllen!



Kinder-Patientenanamnesebogen (Fortsetzung)

Augenerkrankungen in der Familie: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Sind in der Familie Augenerkrankungen bekannt? Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben

Ist Fehlsichtigkeit bei den Eltern des Kindes bekannt bzw.

trägt mindestens ein Elternteil eine Brille? Ja Nein

Wenn ja, bitte Art der Fehlsichtigkeit angeben

Sind Augenerkrankungen bei den Geschwistern des Kindes bekannt? Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben

Augenanamnese des Kindes: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hält das Kind beim Lesen / Anschauen ein Buch nah vor den Augen? Ja Nein

Klagt das Kind nach dem Lesen bzw. Schulunterricht über Kopfschmerzen? Ja Nein

Trägt das Kind eine Brille? Ja Nein

Wenn ja, seit wann?.....

Ist Ihnen beim Kind das Schielen an einem bzw. beiden Augen aufgefallen? Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben

Wurde beim Kind bereits eine Behandlung mit Abkleben eines Auges mit Pflaster oder eine ähnliche Therapie durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, bitte das Auge angeben

Wurde beim Kind bereits eine Augenoperation (u. a. Schieloperation) durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben: Operationsart, das Auge, das Jahr und die Klinik / Praxis, in der der Eingriff stattfand

Werden dem Kind regelmäßig Augentropfen verabreicht? Ja Nein

Wenn ja, bitte der Name von Augentropfen angeben

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten des Kindes:

Bitte auch die Folgeseite beachten und ausfüllen!



Kinder-Patientenanamnesebogen (Fortsetzung)

Einwilligungserklärung für Recall

Ich möchte in das Erinnerungssystem der Praxis aufgenommen werden, so dass ich von der Praxis an fällige Vorsorgeleistungen bzw. an wichtige Kontrolltermine erinnert werde. Die Erinnerung erfolgt telefonisch oder per Post. Mit dieser Erinnerung ist keine Verpflichtung verbunden, die mich an die Praxis bindet. Ich kann jederzeit diese Einverständniserklärung widerrufen. Die Erinnerung kann nur erfolgen, wenn der Termin im Praxissystem eingetragen ist.

- Ja, ich möchte erinnert werden.
- Nein, ich möchte nicht erinnert werden.

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten des Kindes: