

Anamnesebogen und Einwilligungserklärung



Kinderärzte
Holzgerlingen

Dr. med. Markus Eder
Sebastian Schulreich
Dr. med. Florian Lepiorz

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst sorgfältig aus. Die Angaben dienen der optimalen medizinischen Betreuung Ihres Kindes. Die Angaben und Einwilligungen sind freiwillig und können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Angaben zum Kind

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Sorgeberechtigter 1

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige Person	
Name, Vorname, Adresse:	
Tel./Handy:	E-Mail:

Sorgeberechtigter 2

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige Person	
Name, Vorname, Adresse:	☐ Adresse wie oben
Tel./Handy:	E-Mail:

Angaben zu Geschwistern

Evtl. abw. Name, Vorname, Geschlecht, Alter:
Evtl. abw. Name, Vorname, Geschlecht, Alter:
Evtl. abw. Name, Vorname, Geschlecht, Alter:

Geburtsdaten

Geburtsort:	Schwangerschaftswoche:
Geburtsgewicht:	Art der Geburt (spontan / Kaiserschnitt):

Medizinische Angaben

Chronische Erkrankungen / Vorerkrankungen / Operationen? ☐ ja ☐ nein, wenn ja, welche:

Allergien / Unverträglichkeiten? ☐ ja ☐ nein, wenn ja, welche:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? ☐ ja ☐ nein, wenn ja, welche:

Nach STIKO geimpft? ☐ ja ☐ nein – Bitte Impfbuch vorlegen

Therapie (Logopädie / Ergotherapie / Psychotherapie etc.)? ☐ ja ☐ nein, wenn ja, welche:

Kindergarten / Schule? ☐ ja ☐ nein, Schulform / Klasse:

Chronische Erkrankungen / Allergien in der Familie (Eltern)? ☐ ja ☐ nein, wenn ja, welche:

Bisheriger Kinderarzt (bei Wechsel):

Einwilligungserklärungen

Anforderung der Patientenakte und relevanter Behandlungsdaten vom vorherigen Kinderarzt

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Ärztinnen und Ärzte der Praxis Kinderärzte Holzgerlingen die Patientenakte oder Auszüge daraus und relevante Behandlungsdaten (z. B. Arztberichte Krankenhausberichte) vom vorherigen Kinderarzt meines Kindes einholen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten: _____