



ANMELDUNG ZUR FACHÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNG

Sehr geehrte Eltern,

anbei finden Sie den Anmeldebogen zur Vorbereitung auf das erste Gespräch in unserer Praxis. Unser Fragebogen ist sicherlich sehr umfangreich und beinhaltet eine Vielzahl von wichtigen Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes. Bitte füllen Sie den Bogen so gut und ausführlich wie möglich aus, Unklarheiten können wir gemeinsam während der Erstvorstellung in der Praxis besprechen. Die Erstvorstellung erfordert einige Zeit, die wir uns natürlich gerne nehmen. Wir bitten deshalb um Verständnis, dass wir auch unsere Honorarausfallvereinbarung beilegen, die Sie bitte ebenfalls unterzeichnet mit dem Fragebogen möglichst bald an uns zurücksenden. Erst dann können wir eine Terminplanung vornehmen und uns so schnell als möglich bei Ihnen melden.

Wenn beide Eltern das Sorgerecht haben, ist es wichtig, dass auch beide Eltern unterschreiben!

Bitte senden Sie uns den Bogen rasch ausgefüllt zurück. Die Terminvergabe richtet sich nach Eingang des Anmeldebogens und der Dringlichkeit des Falles. Zum Erstvorstellungstermin mitzubringen oder der Anmeldung in Kopie bereits beizufügen sind Mutterpass, Vorsorgeuntersuchungsheft, alle Schulzeugnisse sowie medizinische und psychologische Vorbefunde.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam



ANAMNESEFRAGEBOGEN

Name des Kindes: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil Vater: _____ Mobil Mutter: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse d. Kindes: privat gesetzlich Name der Krankenkasse: _____

Bei wem ist das Kind mitversichert? Mutter Vater selbst

Name des Mitversicherten: _____

Geboren am: _____

Name + Adresse vom Kinderarzt: _____

1. VORSTELLUNGSANLASS

Vorstellungsanlass und aktuelle Symptomatik, Grund der aktuellen fachärztlichen Untersuchung:

Welche Sorgen und Probleme Ihres Kindes möchten Sie geklärt haben?

Seit wann bestehen diese Störungen? _____

Welche Hilfen erwarten Sie? Auf wessen Empfehlung hin haben Sie sich bei uns angemeldet?

Bestehen Kontakte zum Jugendamt oder ASD (Allg. Sozialdienst)? ja nein

Welche? _____



2. EIGENANAMNESE

2.1 SCHWANGERSCHAFT

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft mit dem Kind?

Blutungen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Infektionen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Schweres Erbrechen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Unfälle, Operationen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Seelische Belastungen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Vorzeitige Wehen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Medikamente	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Welche Medikamente, welche Dosis?

Regelmäßige Einnahme der Medikamente?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Alkoholkonsum	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Zigarettenkonsum	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Andere Drogen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Wochen/Tage früher Wochen/Tage später: _____



2.2 GEBURT

Wo erfolgte die Geburt? _____

Gab es bei der Geburt Komplikationen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Störungen der kindlichen Herztöne?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Kaiserschnitt	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Beckenendlage	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Saugglocke	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Mehrlingsgeburt	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Zange	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Grünes Fruchtwasser	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Besonders lange Geburt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Sonstige Komplikationen? _____

Geburtsgewicht: _____ g

Geburtsgröße: _____ cm

Kopfumfang: _____ cm

Apgarwerte im gelben U-Heft? (Von der Ärztin einzufügen) _____

2.3 ZUR NEUGEBORENEZEIT

Auffällig blasse/blau Farbe	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Gelbe Farbe	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Beatmung notwendig	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Phototherapie im Krankenhaus notwendig	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Klinikaufenthalt notwendig	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Wo? _____

Sonstige Erkrankungen? nein ja

Welche? _____

Wie lange wurde das Kind gestillt? _____

Trinkschwierigkeiten	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Anfälle	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Häufiges Spucken	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Auffallende Unruhe	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Auffallende Bewegungsarmut	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Schreckhaftigkeit	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>



2.4 ENTWICKLUNG DES KINDES

Motorisch

Selbstständiges Sitzen mit: _____ Monaten

Krabbeln mit: _____ Monaten

Selbstständiges Gehen mit: _____ Monaten

Sprache

Erstes Wort mit: _____ Monaten

Zwei-Wort-Sätze mit: _____ Monaten

Drei-Wort-Sätze mit: _____ Monaten

Welche Sprachen werden zu Hause gesprochen? _____

Muttersprache? _____

Tagsüber trocken mit: _____ Jahren

Nachts trocken mit: _____ Jahren

Tagsüber sauber mit: _____ Jahren

Nachts sauber mit: _____ Jahren

Besonderheiten und auffälliges Verhalten in der Entwicklung, z. B. Daumenlutschen, Nägelkauen, Einnässen:

2.5 KRIPPENBESUCH

Krippenbesuch nein ja

Fremdbetreuung in den ersten drei Lebensjahren nein ja

Durch wen wurde das Kind in den ersten drei Lebensjahren außer den Eltern noch betreut?



2.6 KINDERGARTEN:

Das Kind besuchte den Kindergarten vom: _____ bis zum _____ Lebensjahr.

War dies ein Regelkindergarten? nein ja

Welcher? _____

Probleme im Kindergarten nein ja

Welche? _____

Verhaltensauffälligkeiten im Kindergarten? nein ja

Welche? _____

Wenn das Kind aktuell noch in den Kindergarten geht, in welchen Kindergarten geht es? Wer ist hier Ansprechpartner?

2.7 SCHULZEIT

Das Kind wurde im Jahre _____ mit _____ Jahren eingeschult.

Schule: _____

Wurde das Kind von der Einschulung zurückgestellt? nein ja

Grund: Hat das Kind eine schulvorbereitende Einrichtung besucht? nein ja

Welche? _____

Welche Schulwechsel hat das Kind bereits mitgemacht? _____

Wurden Schulklassen wiederholt? nein ja

Welche? _____

Bitte aktuellen Ansprechpartner in der Schule sowie aktuelle Schule angeben:



2.9 FAMILIENANAMNESE

Name, Geburtsdatum, Beruf und Nationalität der Mutter:

Name, Geburtsdatum, Beruf und Nationalität des Vaters:

Familienstand der leiblichen Eltern: Gibt es Stiefeltern?

Name, Geburtsdatum, Beruf und Nationalität der Stiefmutter:

Name, Geburtsdatum, Beruf und Nationalität des Stiefvaters:

Geschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schulyp/Schulklasse: _____

Geschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schulyp/Schulklasse: _____

Geschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schulyp/Schulklasse: _____

Geschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schulyp/Schulklasse: _____



Stiefgeschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schultyp/Schulklasse: _____

Stiefgeschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schultyp/Schulklasse: _____

Stiefgeschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schultyp/Schulklasse: _____

Stiefgeschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schultyp/Schulklasse: _____

3. ERKRANKUNGEN

Bestehen chronische Erkrankungen bei den
Geschwistern/Eltern oder nahen Verwandten? nein ja

Bitte Art und wen betreffend angeben:

Bestehen psychiatrische Erkrankungen bei den Geschwistern/Eltern oder nahen Verwandten? Bitte Art und wen
betreffend angeben:
