
ANAMNESEBOGEN KINDER UND JUGENDLICHE

PATIENT

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Krankenkasse

Mitversichert über Vater Mutter andere

Kinder-/Hausarzt

ERZIEHUNGSPFLICHTIGER ELTERNTEIL

Name

Vorname

Geburtsdatum

Damit wir Ihr Kind individuell nach seinen Bedürfnissen behandeln können, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten.

1 | Leidet Ihr Kind an

einer Herzerkrankung?

Nein Ja an welcher?

einer Allergie?

Nein Ja an welcher?

anderen Erkrankungen?

Nein Ja an welchen?

2 | Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein Ja welche?

3 | Für Neupatienten: Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

Telefonbuch

Presse

Web

Empfehlung

Sonstiges

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

