

ANAMNESEBOGEN

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| Patient:in | Adresse |
| Versichert über (Mutter/Vater/andere) | Krankenkasse |

WARUM KOMMEN SIE ZU UNS?

Wurde die Vorstellung durch jemanden veranlasst?

Warum kommen Sie zu uns?

Wer ist besorgt? Warum kommen Sie gerade jetzt?

Was erwarten Sie von uns? Haben Sie einen Wunsch?

FAMILIE

| | Vor- und Nachname | Alter | Schule (Kl.)/Beruf | Anmerkung |
|--|-------------------|-------|--------------------|-------------------------|
| Patient:in | | | | |
| Mutter leiblich/andere | | | | Sorgerecht JA / NEIN |
| Vater leiblich/andere | | | | Sorgerecht JA / NEIN |
| Geschwister leiblich/andere | | | | |
| Andere wichtige Personen außerhalb der Familie (z.B. getrenntlebende Elternteile, Halbgeschwister, Großeltern) | | | | |
| | | | | |

KITA/SCHULE/HORT

| | | | | |
|--|----------|------------------------|----------|--|
| Kindertagesstätte/Schule/ Hort: | Klasse: | Erzieher:in/Lehrer:in: | | |
| Adresse: | | | | |
| Dürfen wir mit Schule/Kita/Hort Kontakt aufnehmen? JA NEIN | | | | |
| Hausarzt/Kinderarzt | | Adresse: | | |
| An wen soll der Bericht gehen? | Hausarzt | Kinderarzt | Sonstige | |

VORERKRANKUNGEN

Vorerkrankungen und Allergien?

Vorerkrankungen des Herz/Kreislaufsystems (bspw. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen oder einen hohen Blutdruck)?

Vorerkrankungen des Nervensystems (wie bspw. Epilepsie oder Migräne)?

MEDIKAMENTE

| Name | Seit Wann / von Wem? | Dosis? |
|------|----------------------|--------|
| | | |

VORBEHANDLUNGEN

bspw. ärztlich (Kinderarzt, Hausarzt, Krankenhaus, Operationen etc.)

therapeutisch (Psychotherapie, Ergotherapie, Lerntherapie etc.)

| Wann? | Durch wen? |
|-------|------------|
| | |