

Anamnesebogen



Vorzustellendes Kind

Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Anschrift _____

Festnetz _____ Handy _____

Krankenkasse mit Ort _____

Geschlecht weiblich männlich sonstige

Das Kind ist mein leibliches Kind Pflegekind

Stiefkind Adoptivkind

Hatten Sie bereits telefonischen/persönlichen Kontakt zu einem Mitarbeiter des SPZ? Wenn ja, zu wem und wann _____

Wer ist sorgeberechtigt? _____

Alle Sorgeberechtigten sind mit der Untersuchung und Behandlung bei uns einverstanden?

ja nein

		Mutter	Vater	Andere/Pflegeeltern etc.
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Anschrift				
Familienstand				
Telefon				
Körpergröße/Kopfumfang				
freiwillig	Schulabschluss			
	Berufsausbildung			
	Berufstätigkeit			
	Hobbys			

Geschwister

Führen Sie bitte **alle** Kinder in der Reihenfolge der Geburten an (inklusive Fehlgeburten).

Name, Vorname Geburtsdatum Schule/Beruf Erkrankungen/Frühgeburt

Grund der Vorstellung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Motorische Entwicklung | <input type="checkbox"/> Wachstum und Körperbau |
| <input type="checkbox"/> Intelligenzentwicklung | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Sehen |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Erziehung | <input type="checkbox"/> Schulische Leistungen |

Sonstiges: _____

Können Sie die Probleme genauer beschreiben?

Welches sind Ihre Fragestellungen und Erwartungen an unsere Untersuchung?

Welche Ursachen haben Ihrer Meinung nach die Schwierigkeiten im Wesentlichen hervorgerufen?

Besuch von Kindergarten/Schule

Besuch des Kindergartens von _____ bis _____

Name des Kindergartens _____

Probleme im Kindergarten?

Besuch der Schule seit _____ Aktuelle Schulart _____ Klasse _____

Name der Schule _____

Probleme beim Besuch der Schule?

Freizeit

Hat Ihr Kind Hobbys? Trifft es sich in seiner Freizeit mit Freunden? Was spielt Ihr Kind gerne?

Krankengeschichte

Gab es Krebserkrankungen oder chronische Erkrankungen in der Familie?

Ja Nein

Wenn ja, welche und bei wem? _____

Hatte Ihr Kind in der Vorgeschichte schwere Erkrankungen, Operationen oder Unfälle?

Ja Nein

Gab es in der Familie einschneidende Erlebnisse (z. B. Todesfälle, Trennung usw.)?

Welche **Impfungen** hat Ihr Kind erhalten?

Welche **Medikamente** bekommt das Kind? _____ Dosierung _____

_____ Dosierung _____

_____ Dosierung _____

Kommentar: _____

Bisherige Untersuchungen:

- Sehtest: Wann? _____ Wo? _____ Befund: _____
- Hörtest: Wann? _____ Wo? _____ Befund: _____
- MRT Schädel: Wann? _____ Wo? _____ Befund: _____
- EEG: Wann? _____ Wo? _____ Befund: _____
- Sonstiges: Wann? _____ Wo? _____ Befund: _____

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

- Nein ○ Ja GdB: _____ Merkzeichen: _____

Erhalten Sie Pflegegeld:

- Nein ○ Ja Pflegegrad: _____

Da häufig auch Kontakte zu anderen Ärzten notwendig werden, bei denen Ihr Kind in Behandlung ist oder war, bitten wir Sie um genaue Angaben der entsprechenden Namen und falls vorhanden, Kopien von Berichten beizulegen.

Mein Kind ist / war in Behandlung bei (inkl. zuweisendem Kinderarzt):

Name	Telefon	Behandlungszeitraum
Name	Telefon	Behandlungszeitraum
Name	Telefon	Behandlungszeitraum

Bekommt oder bekam Ihr Kind **Therapien/Behandlungen**?

	Zeitraum	Bei wem?
Ergotherapie		
Physiotherapie		
Logopädie		
Heilpädagogik/Frühförderung		
Psychotherapie		
Sonstige		

In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt?

Anschrift der Klinik	von - bis	Wegen welcher Erkrankung?

Platz für Dinge, die Ihnen zudem noch als erwähnenswert erscheinen:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von _____

Ort, Datum und Unterschrift aller Erziehungsberechtigten _____

Vielen Dank für das ausführliche Beantworten der Fragen!

Ihr Team vom SPZ Memmingen