



**Dr. med. Skadi Springer**

Praxis für Neugeborenen-, Kinder- und Jugendmedizin

## **Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche**

**Name, Vorname des Kindes** :  
**Anschrift** :

**Telefonnummer** :  
**E-Mail-Adresse** :  
**Krankenversicherung des Kindes** :  
**Bei Privatpatienten Name und Anschrift**  
**des Rechnungsempfängers** :  
**Bisheriger Kinderarzt** :  
**Wodurch wurden Sie auf uns aufmerksam** :

**Bitte teilen Sie uns Änderungen von Anschrift und Telefonnummer zeitnah mit.**

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind?

Alter :

Geschlecht :

Bestehen bei diesen Besonderheiten?

Name, Vorname des Vaters & gelernter Beruf:

Name, Vorname der Mutter & gelernter Beruf:

Sorgerecht:

gemeinsam

Mutter

Vater

Gibt es Raucher in der Familie?

Ja / Nein

Wenn ja, wer?

Geht Ihr Kind in die Einrichtung (Schule, Kita)?

Ja / Nein

In welche?

Seit wann?

Ist Ihr Kind Brillenträger?

Ja / Nein

Wurde Ihr Kind geimpft? Bitte Impfausweis vorlegen.

Ja / Nein

Welche Kinderkrankheiten sind bisher bei Ihrem Kind aufgetreten?  
Wann?

Befand oder befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Behandlung? Ja / Nein

Leidet Ihr Kind an schwerwiegenden Erkrankungen?  
Welche? Ja / Nein

Benötigt Ihr Kind ständig Medikamente?  
Welche? Ja / Nein

Hatte Ihr Kind schon eine Operation? Ja / Nein  
Wann?  
Was?

Leidet Ihr Kind an Unverträglichkeiten / Allergien?  
Welche? Ja / Nein

Befindet sich Ihr Kind in therapeutischer Behandlung  
(z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Psychotherapie)? Ja / Nein  
In welcher Praxis erfolgt die Behandlung?

### **Zusatzfragen für Jugendliche:**

Rauchst Du? Ja / Nein  
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Trinkst Du regelmäßig Alkohol? Ja / Nein

Treibst Du außerschulischen Sport? Ja / Nein

### **Zusatzfragen für Mädchen:**

Hast Du schon Deine Regelblutung? Ja / Nein  
Seit wann?

Nimmst du die Pille? Ja / Nein