Anamnesebogen für Babys (0-1 Jahr)

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname: | Nachname: |
| Geboren am: | Geboren in SSW: |
| Adresse: | Telefon: |
| Größe: | Gewicht: |
| Krankenversicherung:GesetzlichPrivatHeilpraktiker-ZusatzversicherungBeihilfe/Post | Name der Krankenkasse: |
| Aktuelle Beschwerden/Auffälligkeiten (und seit wann?): |
| Wie wurden die Beschwerden bisher behandelt? |
| Frühere Erkrankungen (inkl. Kinderkrankheiten): |
| Unfälle/Stürze: | Operationen: |
| Krankenhausaufenthalte: | Medikamente (wofür und seit wann?): |
| Verlauf der Schwangerschaft (Probleme? Besonderheiten?): | Medikamente während der Schwangerschaft (auch Eisen, Folsäure, Jod, Magnesium usw.)? |
| Wie war die Geburt? (Spontangeburt? Kaiserschnitt? Einleitung?) |
| Gab es Probleme/Störungen kurz nach der Geburt (z. B. Inkubator, starke Blutungen der Mutter etc.)?  |
| Geburtsgewicht und -größe: | Geschwister? |
| War/Ist es möglich zu stillen? | Trink- und Essensgewohnheiten (wie viel? was?): |
| Allergien: | Nahrungsmittelunverträglichkeiten: |
| Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?  |
| Gab es Reaktionen auf Impfungen (Fieber, Krämpfe, Unruhe, vermehrtes Schreien, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen etc.)? |
| Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (z.B. Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten, psychische Erkrankungen, Diabetes, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Hauterkrankungen etc.) |
| Hautprobleme (Soor, Milchschorf, Neurodermitis etc.)? | Stuhlgang (wie oft? Auffälligkeiten? Blähungen?): |
| Schlafverhalten: | Kinderarzt: |
| Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? |
| Was halten Sie noch für wichtig? |

**Bitte bringen Sie zum ersten Termin das gelbe Untersuchungsheft und (falls vorhanden) den Impfpass Ihres Kindes mit!**

**Hinweis**: Falls Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, bitte ich Sie, diesen frühestmöglich oder bis spätestens 24 h vorher abzusagen. Da ich ausreichend Zeit für Vorbereitung und Behandlung für Sie reserviere, behalte ich mir vor, bei Nichterscheinen ein Ausfallshonorar in Höhe von 50% der Behandlungskosten in Rechnung zu stellen.