

Anamnesefragebogen Pädiatrie

Liebe Eltern,

Wir freuen uns Ihre Tochter/Sohn als neuen Patienten in unserem Monvia Gesundheitszentrum begrüßen zu dürfen.

Um Ihr Kind optimal betreuen zu können, benötigen wir vorab einige Angaben zu seiner medizinischen Vorgeschichte und bisherigen Entwicklung.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Angaben zu Schwangerschaft und Geburt

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

ja nein

Wenn ja, welche?

In welcher Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zu Welt?

Geburt:

Spontan

Kaiserschnitt

Sonstiges

Geburtsgewicht:

Musste Ihr Kind nach der Geburt im Spital behandelt werden?

ja nein

Wenn ja, aus welchem Grund und wie lange?

Angaben zu Vorerkrankungen und Operationen

Hat Ihr Kind schon schwere Krankheiten durchgemacht? Zum Beispiel:

Windpocken (spitze Blattern)
weitere Krankheiten

wiederholte Fieberkrämpfe

Pseudokrapp

wiederholte Bronchitis

Welche Operation musste bei Ihrem Kind bereits durchgeführt werden? In welchem Jahr?

Muss Ihr Kind regelmässig Medikamente einnehmen?

nein ja, welche?

Wurde Ihr Kind schon geimpft?

ja - wenn ja, bitte Impfausweis mitnehmen nein

Erkrankungen in der Familie:

Sind bei Grosseltern, Eltern oder Geschwistern Erkrankungen bekannt?

(z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombosen, Tumorerkrankungen, Hüftleiden, Kopfschmerzen/Migräne, Allergien, Hautprobleme, rheumatische Krankheiten, Nierenkrankheiten, Asthma, unklare Todesfälle, Erbkrankheiten, psychiatrische Krankheiten)

ja nein

Wenn ja, welche in welchem Alter?

Sind Allergien bekannt oder schon einmal aufgetreten?

(z. B. gegen Medikamente, Heuschnupfen, Lebensmittelallergien, Nesselsucht, Neurodermitis)?

ja nein

Wenn ja, wogegen und welche Reaktion haben sie gezeigt?

Hat Ihr Kind einen Allergieausweis?

ja nein

Sind Allergien bei Grosseltern, Eltern oder Geschwistern bekannt?

ja nein

Wenn ja, wogegen und welche Reaktion haben sie gezeigt?

Familiäre Situation:

In wessen Haushalt lebt Ihr Kind?

bei den Eltern bei der Mutter beim Vater in sonstiger Betreuung

Besucht Ihr Kind eine Kindertagesstätte oder einen Kindergarten?

ja nein

In welche Schule/Klasse geht Ihr Kind?

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind (bitte mit Jahrgang):

Welche etwaigen Krankheiten hatten die Geschwister:

Beruf der Mutter:

Beruf des Vaters:

Raucherhaushalt:

ja nein

Sind Haustiere in der Familie?

nein wenn, ja welche?

Name, Adresse des vorgängig behandelnden Kinderarztes oder allfälligen Spezialisten: