

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 Blättern)

wiederholte Fieberkrampf

Pseudokrapp

wiederholte Bronchitis

weitere Krankheiten

Welche Operation musste bei Ihrer Tochter/Ihrem Sohn bereits durchgeführt werden? In welchem Jahr?

Muss Ihre Tochter/ ihr Sohn regelmässig Medikamente einnehmen?

nein ja, welche

Wurde Ihr Kind schon geimpft?

ja - wenn ja, bitte Kopie des Impfausweises 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, bei wem ist welche Erkrankung in welchem Alter aufgetreten?

Allergien:

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 Ihre Tochter/Sohn?

Bei den Eltern Bei der Mutter Beim Vater in sonstiger Betreuung

Besucht Ihre Tochter/Ihr Sohn eine Kindertagesstätte oder einen Kindergarten?

ja nein

Besucht Ihre Tochter/Ihr Sohn eine Kindertagesstätte oder einen Kindergarten?

ja nein

In welche Schule/Klasse geht Ihre Tochter/Ihr Sohn

Wie viele Geschwister hat Ihre Tochter/Sohn (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 vorgängigen behandelndem Kinderarzt: