Fachärzte Rhein-Main
Netzwerk der Emma Klinik

Anamnesebogen · Seite 1 von 2

KINDER & JUGENDLICHE bis 14 Jahre

Name ………………………………………………….. Vorname …...…………………………......

Adresse ……………………………………………………………………………………………

Geburtsdatum ……………………….………………. Größe …..……….. Gewicht ……………..

Name, Mobil-Tel. gesetzliche/r Vertreter/in ………………………..…………………………………..

E-Mail…….…………………….……………………. Kinder-/Hausarzt……………………..……

Adresse Kinder-/Hausarzt (PLZ Ort) ………………………..……………………………………

Dürfen wir Sie per E-Mail kontaktieren? NEIN ☐ JA ☐

Krankenkasse des Hauptversicherten? Privat ☐ gesetzlich ☐ andere ☐

Name der Krankenkasse? ……………………………………………………………………..….

Besteht eine private Zusatzversicherung? NEIN ☐ JA ☐

Wenn ja, welche: .... Versicherungs-Nr. ....

Wahl-Arzt ☐ 1-Bett Zimmer ☐ 2-Bett Zimmer ☐ Chefarztbehandlung ☐

Wann war die letzte Impfung? Tetanus ☐ ………………..… Masern ☐…..…………….

Andere ☐ ………………………………………………………………...

Bestehen Allergien/ Unverträglichkeiten? NEIN ☐ JA ☐

Wenn ja, welche: ....

Lag die Geburt weit vor dem erwarteten Termin (Frühgeburt)? NEIN ☐ JA ☐

Wenn ja, welche Woche? ………………..... Welches Gewicht? …………………………

War die persönliche Entwicklung altersgerecht? NEIN ☐ JA ☐

Wenn nein, welche Entwicklungsstörung liegt vor? …………………………………………….…

……………………………………………………………………………………………………

BITTE AUCH DIE RÜCKSEITE AUSFÜLLEN =>

Anamnesebogen · Seite 2 von 2

KINDER & JUGENDLICHE bis 14 Jahre

Fand schon einmal eine Operation statt? NEIN ☐ JA ☐

Welche Operation und wann? ……..……

Gab es Probleme mit der Narkose? NEIN ☐ JA ☐

Wenn ja, welche? ..……...……..……

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? NEIN ☐ JA ☐

Wenn ja, welche: …….

Gibt es einen Medikamentenplan? NEIN ☐ JA ☐ Wenn ja, bitte beifügen.

Liegt eine chronische Erkrankung vor?

NEIN ☐ JA ☐ Welche? ……..…….

Liegen in der Familie besondere Erkrankungen vor?
(z.B. Gerinnungsstörungen, Herzfehler, Stoffwechselerkrankungen)

NEIN ☐ JA ☐ Welche? ……..……..……

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hausarzt ☐ Freunde/ Bekannte ☐ Homepage ☐ Google ☐ Facebook/ Instagram ☐

Doctolib ☐ Sonstiges ☐ ……..……..……

…… ……..……
Ort, Datum Unterschrift Patient/ Patientin oder gesetzliche/r Vertreter/in

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und das vollständige Ausfüllen des Anamnesebogens.
Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Ihr Team der Fachärzte Rhein-Main.