

Anamnesebogen für Neupatienten

Patienteninformationen

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: Männlich Weiblich Divers

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail (optional): _____

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten: _____

Notfallkontakt (Name, Telefonnummer): _____

Impfstatus

Haben alle empfohlenen Impfungen stattgefunden?

Ja Nein

Datum der letzten Impfung: _____

Erkrankungen und Allergien

Hat Ihr Kind in der Vergangenheit ernsthafte Erkrankungen gehabt?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind bekannte Allergien?

Ja Nein

Wenn ja, gegen was? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstiges

Gibt es noch weitere Informationen, die für die ärztliche Behandlung wichtig sein könnten?

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____

Datum: _____