

Anamnesebogen - U2 Vorsorge

Patienteninformationen

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: Männlich Weiblich Divers

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail (optional): _____

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten: _____

Notfallkontakt (Name, Telefonnummer): _____

Bei welcher Krankenkasse wird Ihr Kind versichert? _____

Geburt

Schwangerschaft: _____ SSW: _____

Geburtsmodus: _____

Kindslage: _____

Geburtsgewicht: _____ Geburtsgröße: _____ Kopfumfang: _____

Apgar-Score: _____

pH-Wert: _____

Base excess: _____

Familiengeschichte

Gibt es in der Familie bekannte Erbkrankheiten oder gesundheitliche Probleme?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstiges

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

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____

Datum: _____