



## Anamnesebogen

→ bitte sorgfältig ausfüllen, wir sind auf Ihre genauen Angaben angewiesen  
Vielen Dank im Voraus

### \*Angaben des

#### Kindes:

Geburtsgröße/Geburtsgewicht/Kopfumfang: \_\_\_\_\_

Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_ Normale Schwangerschaft: Ja/ Nein: \_\_\_\_\_

Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht? Ja / Nein

Normale Geburt  oder Sectio, warum: \_\_\_\_\_ Apgar: \_\_\_\_\_ Nabel pH: \_\_\_\_\_

Geburtskrankenhaus: \_\_\_\_\_

Ernährung: (MM o. Säuglingsmilch): \_\_\_\_\_

Hat/hatte ihr Kind besondere Erkrankungen: \_\_\_\_\_ Kinderkrankheiten/bek. Allergien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geschwister: (Vor- und Nachname und Geburtsdatum): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Angaben der Mutter:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

\*Besondere Erkrankungen (z.B. Allergien, Heuschnupfen, Diabetes, Krebs, Augenerkrankung, Hüftdysplasie, Bluterkrankung):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Brillenträgerin: \_\_\_\_\_ \*Weit -/ Kurzsichtigkeit: \_\_\_\_\_

Besondere Erkrankungen in der Familie (z.B. Eltern, Geschwister): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Raucherin (wieviel Zigaretten): \_\_\_\_\_

#### Angaben des Vaters:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

\*Besondere Erkrankungen (z.B. Allergie, Heuschnupfen, Diabetes, Krebs, Augenerkrankung, Bluterkrankung):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Brillenträger: \_\_\_\_\_ \*Weit -/ Kurzsichtigkeit: \_\_\_\_\_

Besondere Erkrankungen in der Familie (z.B. Eltern, Geschwister): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Raucher (wieviel Zigaretten): \_\_\_\_\_

\* bitte angeben