

# Anamnesefragebogen

## Angaben des Kindes

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

Geschlecht:  w  m

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

Strasse/PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobile: \_\_\_\_\_

Krankenkasse/Police Nr.: \_\_\_\_\_

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten, sowohl an die rechnungsstellende (z. B. Aerztekasse), als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt, sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.  
Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Wohnhaft bei:  Eltern  Vater  Mutter

Anderes: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Ist es Ihr erstes Kind?  Ja  Nein

Wenn nein, Vorname: \_\_\_\_\_

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

## Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) haben Sie ihr Kind entbunden?

In der \_\_\_\_\_ SSW.

Spontangeburt

Kaiserschnitt

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g

Grösse: \_\_\_\_\_ cm

Lag eine Mehrlingsgeburt vor?  Ja

Nein

Gab es bei oder unmittelbar nach der Geburt Komplikationen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Vater**

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

Geboren am: \_\_\_\_\_

Grösse: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Nichtraucher

Raucher

Gibt es Kinder aus früherer Ehe?  Ja

Nein

Wenn ja, Vorname: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mutter**

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

Geboren am: \_\_\_\_\_

Grösse: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Nichtraucherin

Raucherin

Gibt es Kinder aus früherer Ehe?  Ja

Nein

Wenn ja, Vorname: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Sprache wird zu Hause gesprochen? \_\_\_\_\_

**Familienvorgeschichte**

Leidet jemand in Ihrer Familie an einer **Erkrankung**?

Wenn ja, an welcher? \_\_\_\_\_

Wer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wer: \_\_\_\_\_

Liegen **Allergien in der Familie** vor?

Pollenallergie

Ja

Nein

Wer: \_\_\_\_\_

Falls bekannt: welche Allergie? \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel

Ja

Nein

Wer: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Medikamente

Ja

Nein

Wer: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Andere Allergien: \_\_\_\_\_

**Erkrankungen und Allergien des Kindes** (Bei Neugeborenen freilassen)

Bisherige **Erkrankungen, Geburtsgebrechen:**

---

---

---

Hat Ihr Kind **Allergien**?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmässig **Medikamente** ein?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für's Ausfüllen!**