

ANAMNESEBOGEN

PERSÖNLICHE ANGABEN

Kontaktdaten des Kindes

Name Geb.-Datum
Vorname Geb.- Ort
Erziehungsberechtigter Beide Mutter Vater

Kontaktdaten der Eltern

Name Geb.-Datum
Vorname E-Mail
Straße PLZ/Ort
Telefon Mobil

Krankenversicherung

Name der Krankenversicherung
Besteht eine Zusatzversicherung Ja Name der Zusatzversicherung

GEBURTSANAMNESE

Wo war die Geburt

Alter in SSW bei Geburt

Geburtsgewicht Kopfumfang Körperlänge

Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt: Ja Nein

Apgar:

IMPFUNGEN

Impfungen lt Österreichischen Impfplan erhalten: Ja Nein

Zusätzliche Impfungen:



ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen

Allergien (nachgewiesen)	Nein	Ja:
Rezidivierende Atemwegsinfekte	Nein	Ja:
Sprach-, Hör, und/oder Sehprobleme	Nein	Ja:
Ernährungsprobleme	Nein	Ja:
Medikamentenunverträglichkeiten	Nein	Ja:
Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente ein	Nein	Ja:
Leidet Ihr Kind an sonstigen Erkrankungen	Nein	Ja:

ALLGEMEINES

Dürfen wir Sie an den (Vorsorge) Termin Ihres Kindes erinnern Ja, per SMS Nein, danke

Bitte beantworten Sie die Fragen im Interesse Ihres Kindes wahrheitsgemäß und teilen Sie mir jede Änderung des Gesundheitszustandes mit. Verschwiegenheit meinerseits ist selbstverständlich!

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

