

## Anamnese Kinder:

### Liebe Eltern ,

bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten und Ihr Kind untersuchen, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Der Bogen soll helfen das Gespräch effektiv zu gestalten. Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. **Vielen Dank!**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Kita/Schule: \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_  
Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Name des Vaters: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon (Festnetz, Handy, dienstlich): \_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigt: \_\_\_\_\_ Familiensprache: \_\_\_\_\_  
Geschwister (Name, Geburtsjahr, Besonderheiten): \_\_\_\_\_

---

### Familienerkrankungen: (Wenn ja, wer ist betroffen (Eltern, Großeltern, Verwandte?))

Asthma (asthma, الربو ): \_\_\_\_\_  
Allergien (allergy, حساسية ): \_\_\_\_\_  
Neurodermitis (Neurodermatitis, التهاب الجلد العصبي ): \_\_\_\_\_  
Hüfterkrankungen: (Disease of the hip, مرض مفصل الورك ): \_\_\_\_\_  
Diabetes (diabetes, مرض السكري ): \_\_\_\_\_  
Schilddrüsenerkrankung (Thyroid disease, أمراض الغدة الدرقية ): \_\_\_\_\_  
Bluthochdruck (high blood pressure, ارتفاع ضغط الدم ): \_\_\_\_\_  
Nierenerkrankung (Kidney disease, أمراض الكلى ): \_\_\_\_\_  
Krampfanfälle (Convulsions, نوبات تشنج ): \_\_\_\_\_  
Andere schwere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

### Schwangerschaft und Geburt: (Bitte unterstreichen, wenn ja, welche?)

Gab es Komplikationen **vor**, **während** oder **nach** der Schwangerschaft / Geburt ja nein  
(There were complications in pregnancy/ at birth, / كانت هناك مضاعفات عند/ كانت هناك مضاعفات في الحمل /  
الولادة) yes no

### Krankheiten (Diseases, الأمراض ): (Bitte unterstreichen, wenn ja, welche?)

Hatte Ihr Kind schwere Erkrankungen, Unfälle, länger anhaltende Beschwerden, häufiges Kranksein oder Gesundheitsstörungen, Operationen oder Dauerbehandlungen? (Logopädie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Beschäftigungstherapie)

Im Säuglingsalter: ja nein welche: \_\_\_\_\_  
Im Kleinkindalter: ja nein welche: \_\_\_\_\_  
Im Schulalter: ja nein welche: \_\_\_\_\_

**Kinderkrankheiten** (Children's diseases, التسنين ): \_\_\_\_\_

**Kuren:** wann? \_\_\_\_\_ weshalb? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_

Macht Ihnen zur Zeit etwas Angst oder Sorge? \_\_\_\_\_

MVZ Freiberg GmbH – Kinder- und Jugendmedizin  
Donatsring 20, 09599 Freiberg, Tel. 03731 / 772446

